



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS  
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD  
DE ARTES ESCUELA DE DISEÑO COMUNES, FRENTE A LAS  
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA**

***Tesis previa a la obtención  
del título de Médico.***

**Autores: Tania Maribel Morales Jadán  
María José Noles Suarez  
Mariela Monserrath Peralta Guillén**

**Directora y Asesora: Dra. Eulalia Freire Solano**

**CUENCA, ECUADOR**

**2009**

## RESUMEN

Se realizó un estudio cuasiexperimental sin grupo control de conocimientos, actitudes y prácticas sobre las ITS/VIH/SIDA en los estudiantes de la Facultad de Artes de la Escuela de Diseño Comunes de la Universidad de Cuenca.

Se aplicó un cuestionario con dos instrumentos de medición: antes y 3 meses después de la intervención educativa basada en la teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura. La muestra estuvo constituida por 66 estudiantes.

Para las variables de conocimientos sobre vías de transmisión, formas de presentación y curación; las actitudes ante la presencia de estas infecciones y su prevención y las prácticas en las formas de transmisión y en la prevención. Se aplicó una escala con una puntuación final de buena, regular y mala.

El grado de conocimientos aumentó de 42% a 58%, las actitudes buenas incrementaron de 46% a 54% y las prácticas disminuyeron de 52% a 48% lo cual es positivo porque las preguntas correspondientes hacen referencia a prácticas de riesgo para contraer ITS.

Se aplicó la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA, de las 26 preguntas; el nivel de autoeficacia demostró seguridad en decir No a las relaciones sexuales en cuanto a alguien conocido hace 30 días o menos, alguien cuya historia sexual es desconocida para Ud., alguien cuya historia de drogas es desconocida para Ud., alguien a quien ha tratado con anterioridad, alguien a quien desea tratar de nuevo; alguien que le presiona a tener relaciones sexuales; alguien con quien ha estado bebiendo alcohol, preguntar al novio/novia sobre relaciones sexuales anteriores, uso de drogas, experiencia homosexual y discutir sobre el SIDA.

Además muestran seguridad al usar el condón cada vez que tenga relaciones sexuales después de consumir una droga; contar con dinero para comprar



preservativos; acudir a una tienda a comprar preservativos y platicar con su padre y madre sobre temas sexuales.

Se concluye que la intervención educativa elevó los conocimientos y mejoró la actitud ante las ITS/VIH/SIDA; en la autoeficacia no se observaron cambios significativos en algunas variables, sin embargo en la mayor parte de ellas se observó un aumento de los porcentajes del pos intervención en relación a la pre intervención.

**PALABRAS CLAVE:** ITS, VIH, CAPS, AUTOEFICACIA.

## **ABSTRACT**

A cuasi-experimental study was conducted without a control group, was carried out on the students from the Faculty of Arts School at the Cuenca University.

This research includes their knowledge, attitudes and practices regarding to STI/HIV/AIDS. A questionnaire which consists of two measurement instruments was applied; the first before the educational intervention, and the second on three months afterwards. This was based on the social-cognitive theory proposed by Albert Bandura. The sample consisted of 66 students.

For the variables of knowledge about routes of transmission, modes of presentation and healing; attitudes in the presence of these infections and their prevention practices and ways of transmission and prevention was applied in a scale with a final score of good, regular and bad.

The level of knowledge increases from 42% to 58%; good attitudes from 46% to 54%, and bad practices have a slightly increase from 52 % to 48%. Which is good because the relevant questions relate to practices for STI risk

Scale was used self-efficacy for AIDS prevention, of the 26 questions, the level of safety demonstrated efficacy to say no to sex as someone known for 30 days or less, someone whose sexual history is unknown to you, someone whose drug history is unknown to you, someone who has tried before, someone who wants to try again, someone who pushed to have sexual relations with someone who has been drinking alcohol, ask your boyfriend / girlfriend about previous sex, drug use, homosexual experience and discuss AIDS.

Also show security when using the condom every time you have sex after taking a drug, have money to buy condoms, go to a store to buy condoms and talk with his father and mother about sexual issues

We conclude that the educational intervention increased knowledge and improved attitudes towards STIs / HIV / AIDS in self-efficacy showed no significant changes in several variables; however in most of them were found to have increased rates of post intervention compared to pre surgery.

**KEYWORDS:** STI, HIV, CAPS, SELF-EFFICACY.

## **RESPONSABILIDAD**

La presente investigación y sus contenidos son de absoluta responsabilidad de

Los autores.

***Tania Maribel Morales Jadán***

***María José Noles Suarez***

***Mariela Monserrath Peralta Guillén***

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser el Gran Maestro que edifica nuestras vidas día a día.

A la Dra. Eulalia Freire por su paciencia, enseñanza y ser la guía de un gran aprendizaje.

Al Dr. Iván Orellana por compartir su tiempo y conocimientos.

A los directivos de la Facultad de Artes quienes permitieron e hicieron posible esta labor.

A los compañeros estudiantes de la Facultad de Artes quienes que con su apoyo incondicional y su colaboración permitieron cultivar el sentido de los valores.

**Los Autores.**

## DEDICATORIA

A Dios que es el eje de mi vida y con su infinita bondad permite que unos seres maravillosos como mis padres me acompañen y apoyen en este camino.

***La infinita humildad nos hace instrumentos de una hermosa misión “la Medicina”.***

**Mariela P**

A quienes amo. Dios, que en todo momento es mi fuerza y dulce compañía. Mis preciosas Marthita y Susy pilares fundamentales en mi vida. Juan Carlos, mi alegría e inspiración.

**María José N.**

A Dios que me ha bendecido con una familia maravillosa y que protege día a día con su mano misericordiosa a cada uno de nosotros.

**Tania M**

A todas las personas enfermas y portadoras del SIDA, quienes día a día luchan por salir adelante y hacer frente con valentía a su enfermedad

**Los autores**



## ÍNDICE

Contenido	Página
<b>Capítulo I</b>	
1.1 Introducción.....	11
1.2 Planteamiento del Problema.....	13
1.3. Justificación .....	19
<b>Capítulo II</b>	
2. Marco teórico .....	20
2.1 Fundamento científico del problema.....	20
2.2 La incidencia de las ITS: .....	20
2.3 Situación epidemiológica de las ITS y VIH en el Ecuador.....	22
2.4 Infecciones de transmisión sexual.....	24
2.5 Prevención de las ITS.....	49
2.6 Las teorías del aprendizaje. ....	51
<b>Capítulo III</b>	
3.1 Hipótesis.....	65
3.2. Objetivos.....	65
<b>Capítulo IV</b>	
4. Metodología .....	66
4.1 Tipo de estudio .....	66
4.2 Área de estudio.....	66
4.3 Universo.....	66
4.4 Muestra.....	66
4.5 Plan de Análisis .....	67
4.6 Operacionalización de las Variables .....	67
4.7 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos.....	67
4.8. Análisis Estadístico .....	75
4.9. Normas éticas .....	75
4.10. Recursos humanos y técnicos .....	76

**Capítulo V**

5 Resultados.....	77
5.1 Cumplimiento del tamaño de la muestra .....	77
5.2 Tabla base .....	78
5.3. Resultados antes y después de la intervención educativa.....	79
5.4. Promedio de edad de inicio de la actividad sexual y rotación de parejas...	80
5.5. Conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención.....	81
5.6 Escala de autoeficacia para prevenir el SIDA.....	103

**Capítulo VI**

6 Discusión .....	107
-------------------	-----

**Capítulo VII**

7.1 Conclusiones .....	113
7.2 Recomendaciones .....	114

**Capítulo VIII**

8. Referencias Bibliográficas.....	115
------------------------------------	-----

**Capítulo IX**

Anexos.....	130
-------------	-----



# **EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ARTES ESCUELA DE DISEÑO COMUNES, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA**

**CUENCA, ECUADOR**

**2009**

## **CAPITULO I**

### **1.1 INTRODUCCION**

La presente investigación forma parte del proyecto de prevención de ITS y VIH/SIDA en estudiantes universitarios de Filosofía, Jurisprudencia y Artes de la Universidad Estatal de Cuenca.

Esta investigación tiene como propósito abordar el tema de la sexualidad como un ente propio del ser humano cuyo contenido engloba factores psicológicos, socioculturales y biológicos.

De la misma manera se emprenderá el tema de infecciones de transmisión sexual siendo este uno de los principales problemas que afecta el mundo y nuestra sociedad, para crear conocimiento y conciencia del mismo.

La educación sexual trata de impartir una información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo y social. Debe perseguir la realización de una sexualidad plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad.

La sexualidad es una dimensión de la persona que acompaña al ser desde el momento de la fertilización hasta el nacimiento, y de ahí hasta la muerte. Durante el transcurso de la vida, sobre la base de la cotidianidad, a los factores ya mencionados se le sumarán otros de orden ético, moral, político, de comunicación, de género, y los relacionados con el erotismo y la reproducción;

por lo que, el término sexualidad se refiere al conjunto de convenciones, roles asignados y conductas vinculadas a la cultura y que suponen expresiones del deseo sexual, emociones disímiles, relación de poder, mediadas por el sistema de creencias, valores, actitudes, sentimientos y otros aspectos referentes a nuestra posición en la sociedad, tales como la raza, grupo étnico y clase social (1)

Una infección de transmisión sexual (ITS), es entendida como aquellas que se transmiten en una relación sexual, vaginal, oral o anal con una persona infectada, se encuentran en la actualidad entre las causas más frecuentes de morbilidad a nivel mundial, y muestran un acelerado crecimiento en las últimas décadas, se encuentran entre las cinco causas más importantes de años perdidos de vida productiva sana, en países en vías de desarrollo.

Las ITS son diversas y se pueden clasificar por el agente causal, el cuadro clínico y el diagnóstico. Por lo tanto la actitud que se debe tomar frente a ellas debe estar dirigida hacia la obtención de conocimientos para de esta forma prevenir las ITS, asumiendo comportamientos sexuales saludables, placenteros y protegidos. Dentro de los factores de riesgo para adquirir una ITS se encuentran sujetos envueltos en comportamientos que son conocidos como transmisores del virus (alto riesgo). Son individuos que tienen parejas múltiples y comportamientos sexuales no seguros y los dependientes de drogas intravenosas que intercambian jeringas no esterilizadas. (2)

Las infecciones de transmisión sexual afectan a hombres y mujeres de todos los niveles económicos y sociales. Pero la mujer es el sexo más gravemente afectado, es mucho más vulnerable biológicamente, culturalmente y socioeconómicamente.

La sífilis en el paciente con infección por VIH, es más agresiva, de evolución más acelerada, y de expresión clínica distinta que en inmunocompetentes. (3)



El amor verdadero es básicamente respeto por el otro, viéndolo tal cual es, con la conciencia de su propia individualidad, tratando de favorecer su crecimiento y desarrollo para que logre ser quien es. El respeto sólo es posible si se basa en la libertad, nunca en la dominación. (4)

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El SIDA y las ITS constituyen infecciones muy frecuentes, se estima que 370.000 niños menores de 15 años contrajeron el VIH en el 2007, y que el 45% de todas las nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial representaban a jóvenes entre 15-24 años. (5)

Las ITS son un problema de salud pública, de gran importancia en la mayoría de los países del mundo.

Después de 1945, parecía que las infecciones de transmisión sexual podían ser vencidas gracias a la penicilina y otros antibióticos; pero desde los sesenta aumentaron los índices de infección en el mundo, entre otras razones, por los cambios de las prácticas sexuales y porque surgieron cepas de microbios resistentes a los antibióticos.

Al comienzo de los ochenta, el descubrimiento del virus del SIDA multiplicó el poder devastador de las ITS, y provocó fuertes impactos en la sociedad, los sistemas de salud y las costumbres sexuales. (6)

La incidencia de las ITS es alta. Según la OMS, unos 685 mil hombres y mujeres contraen ITS cada día. En América se estima que unos 40-50 millones de hombres y mujeres contraen la enfermedad cada año.

Cada año hay alrededor de 15 millones de nuevos casos de ITS en Estados Unidos y aproximadamente un cuarto de estos casos afectan a los adolescentes. (7)

Se estima que en USA existen 20 millones de personas infectadas por VPH; 9,2 millones de adolescentes y adultos jóvenes (15-24 años) y 10,8 millones de adultos con vida sexual activa. La infección es más frecuente en hombres que en mujeres; y cuando afecta al género femenino es más frecuente en mujeres con varias parejas sexuales y menos de 25 años de edad.

En cuanto a la infección por VIH, para Diciembre del 2005 existen, a nivel mundial 40,3 millones de personas que viven con VIH. La infección afecta a 38 millones de adultos; 17,5 millones de mujeres; 2,3 millones de niños menores de 15 años (2,1-2,8 millones). Se describen 4,9 millones de nuevos casos infectados, de los cuales 4,2 son adultos y 700.000 son niños menores de 15 años. Con relación a las muertes por VIH se describen 3,1 millones; de los cuales 2,6 millones eran adultos y 570.000 eran niños menores de 15 años.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se conoció en 1981, el virus causante fue aislado en 1983. En esa época afectaba a varones homosexuales, actualmente la pandemia no discrimina el sexo.

Las vías de transmisión identificadas son la vía sexual, vertical, por transfusiones y por el uso de drogas inyectables a través del uso de agujas contaminadas.

Su prevalencia en Latinoamérica: de 0.1% (Bolivia) a 2.4% (Guyana). Brasil tiene una prevalencia de 0.5%, Argentina de 0.6%, Colombia de 0.6%, El Salvador de 0.9%, Guatemala de 0.9%, Panamá de 0.9%, Venezuela 0.7%, y México, Costa Rica, Ecuador, Chile tienen una Prevalencia de 0.3% según el informe de ONUSIDA del año 2006.

La ONUSIDA en el 2007 registró 2,7 millones de nuevas infecciones, constituyendo un total de 33 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA, de los cuales 30.8 millones eran adultos. Mientras tanto, la incidencia en América Latina del VIH en el 2007 fue de 100.000 personas, lo que eleva a 1,6 millones el número de total de personas que viven con el VIH en esta región.(5)



En el Ecuador, el SIDA ha crecido. El primer caso de SIDA fue identificado en Guayaquil en 1984. En la primera década, el número de personas diagnosticadas se multiplicó 30 veces. En la actualidad, el número de casos de personas infectadas con el VIH o que han fallecido con SIDA sería de 1.326. Lo cual significa que en el Ecuador existe de 10 a 12 mil personas viviendo con VIH-sida (8).

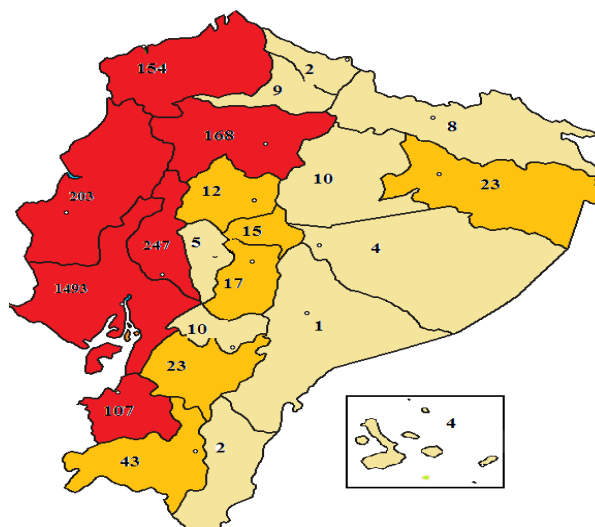
En el Ecuador el total de casos notificados de VIH/SIDA hasta octubre del 2008 es de 15.318 (7). La razón de género en el 2006 se situó en 1,5:1 hombres por cada mujer cuando era de 6:1 cerca del año 1990 (9).

Con respecto al VIH/SIDA según preferencia sexual en el año 2007 se encuentra que 13,1% son homosexuales; 6,1% bisexuales y con un porcentaje alto la población heterosexual 80,1%. En relación con la edad, existe un mayor porcentaje entre las edades de 20 y 44 años concentra el 81.4% de los casos de SIDA en el periodo de 2007 (10).

Según la OPS el 20% de adultos jóvenes y adolescentes sexualmente activos contraen una ITS cada año. En Ecuador el 60% usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. El 30.7 % usa condón siempre y el 69,3 % lo usa a veces (11).

De acuerdo a la distribución de casos notificados de VIH/SIDA en el 2008 en las provincias del Ecuador, se indica que las ciudades con mayor porcentaje de infecciones son Guayas (53,78 %), Los Ríos (8,90 %), Pichincha (6,05%), Manabí (7,31 %), y Esmeraldas (5,55%). En el Azuay se presentan 0.83 % de casos. (12)

## NÚMERO DE CASOS DE VIH NOTIFICADOS SEGÚN PROVINCIA. 2008 (7)

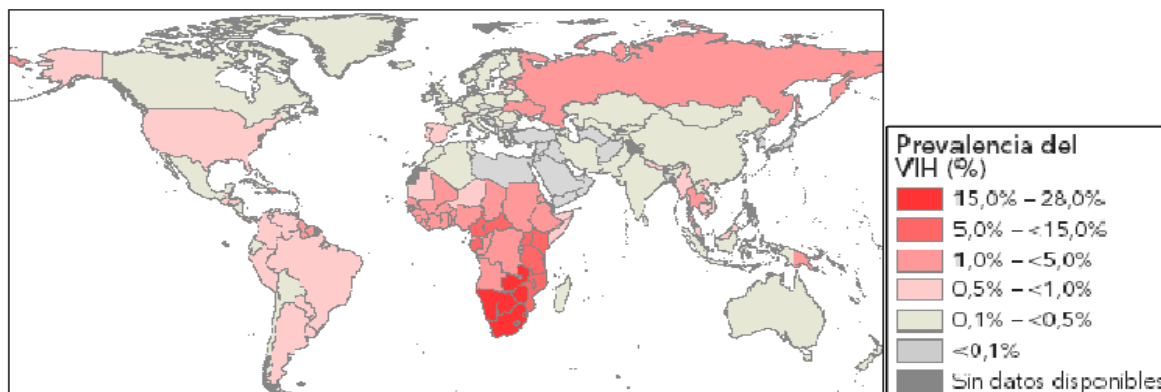


Los casos de VIH/SIDA en el año 2008 en el Ecuador. Según sexo corresponden a 26.17% a las mujeres y hombres 73.8%.

La prevalencia anual del Sida en el Ecuador (7):

3 por 100.000	hab.	Año	2002
2.5 por 100.000	hab.	Año	2003
3.5 por 100.000	hab.	Año	2004
3.5 por 100.000	hab.	Año	2005
3.5 por 100.000	hab.	Año	2006
4 por 100.000	hab.	Año	2007





Fuente: ONUSIDA, Informe Mundial del SIDA 2007

### Prevalencia del VIH en el 2007:

África Subsahariana de 4.6 % en 1999 subió a 5.0% en el 2007. Mayor prevalencia entre el 30 al 40 % en Swaziland y Botswana. Se estima que 1,5 millones de adultos y niños, murieron como consecuencia del SIDA en esta zona. (11) En Oriente Medio y África del Norte la prevalencia es de 0.2% a 0.4%. En Asia Meridional y Sudoriental de 0.2% a 0.4%. En Asia Oriental de 0.2%. En Oceanía de 0.3% a 0.7%. En Caribe de 0.9% a 1.2%. En Europa Oriental y Asia Central de 0.7% a 1.2%. Europa Occidental y Central de 0.2% a 0.4%. En América del Norte de 0.5% a 0.9%.

En Latinoamérica: 0,5%. Más de la mitad de los latinoamericanos que viven con VIH residen en: Brasil, Colombia, México y Argentina. Brasil tiene 600.000 personas que viven con VIH, esto equivale 0.5% de su población. A Bolivia corresponde una prevalencia de 0.2%, Guyana a 2.5%. En Argentina de 0.6%, Belice 2,1%, Colombia de 0.6%, El Salvador de 0.8%, Guatemala de 0.8%, Panamá de 1%, Nicaragua de 0,2%, Perú de 0.5% y México 0,3%, Ecuador y Chile tienen una prevalencia de 0.3% (13).

## **¿Por qué deben hacerse programas de prevención de las ITS y VIH/SIDA?**

En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia de la infección VIH se relacionan con programas de prevención y cambios de comportamiento. (14)

Las modificaciones en la incidencia, junto con la mayor mortalidad por SIDA, han provocado la nivelación de la prevalencia mundial del VIH (la proporción de personas que viven con el VIH/SIDA). África subsahariana, es la región con la mayor incidencia del VIH y de características muy diversas.

Una ITS que no recibe tratamiento puede acrecentar hasta 10 veces el riesgo de infección y transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). (15)

Las mujeres jóvenes están menos informadas que los varones. Un resultado alentador es que el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años ha disminuido y el uso del preservativo ha aumentado según el informe de ONUSIDA del 2007(5).

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

La difusión de conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA a los estudiantes universitarios es importante por:

- Los jóvenes universitarios están en riesgo de contraer las ITS y el VIH/SIDA.
- Diversos estudios indican que los estudiantes universitarios cuentan con un bajo nivel de conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA. Además muchos de ellos desconocen sobre la curabilidad de algunas ITS y las complicaciones que podrían tener si no se da un tratamiento farmacológico oportuno.
- La población de adultos jóvenes sexualmente activos tienen más probabilidad de enfermar de alguna ITS o VIH/SIDA.
- Es importante crear conciencia de los múltiples valores sexuales existentes en nuestra sociedad, ponerlos en práctica fomentando una comunicación más espontánea entre los núcleos que la integran sin establecer tabúes evidentes.

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

Una descripción clara del problema permitirá conocer los diferentes aspectos que influyen en la génesis de las ITS y VIH-SIDA en la actualidad, con el objetivo de modificar la situación desfavorable que encamina a medir y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en los estudiantes de la Universidad de Cuenca, de la Facultad de Artes, de las Escuela de Diseño Comunes a través de intervenciones educativas diseñadas para el efecto.

#### **2.1 FUNDAMENTO CIENTÍFICO DEL PROBLEMA**

En la actualidad los jóvenes son un grupo de alto riesgo para las ITS y dentro de éstas, especialmente el VIH/SIDA, el grupo más afectado está entre 20 y 44 años de edad, es por ello que los conocimientos sobre el tema son insuficientes; además la mayor parte del problema se ve influenciado por el hecho de que hay una tendencia a iniciar las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, al haber una gran influencia externa que favorece una disminución del control de la situación y una mayor vulnerabilidad como el no utilizar preservativos, el uso de alcohol y drogas, dificultad para una efectiva comunicación sexual, baja percepción de los riesgos y la tendencia que tienen los programas de prevención en nuestro país a estar dirigidos principalmente a la población general con escasas intervenciones en poblaciones vulnerables, de esta manera nuestra sociedad y muchas otras sufren una de las más grandes crisis que afecta su desarrollo por la influencia en las tasas de morbi-mortalidad de la población. (16)

#### **2.2 INCIDENCIA MUNDIAL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH-SIDA**

Después de 1945, parecía que las infecciones de transmisión sexual podían ser vencidas gracias a la penicilina y otros antibióticos; más aún, en el mundo desarrollado, se produjo una disminución de ellas; pero fue una fugaz victoria. Desde los sesenta, aumentaron los índices de infección en el mundo, entre

otras razones, por los cambios de las prácticas sexuales y porque surgieron cepas de microbios resistentes a los antibióticos. Al comienzo de los ochenta, el descubrimiento, del virus del SIDA, multiplicó el poder devastador de las ITS, y provocó fuertes impactos en la sociedad, los sistemas de salud y las costumbres sexuales.

Alrededor de 40 millones de personas estarían afectadas por el VIH en el mundo.

En el Ecuador, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ha crecido. Por ello, conviene enfrentar otra de las causas básicas de las ITS: la falta de una adecuada y suficiente educación sexual. (17)

Las infecciones de transmisión sexual son más frecuentes en los jóvenes que en cualquier otro grupo de edad. El 85% de los casos aparece entre los 15 y 30 años.

Es más difícil diagnosticar las ITS en las mujeres que en los hombres porque los órganos sexuales femeninos se hallan más ocultos. Si las ITS no se detectan a tiempo, pueden lesionar los órganos reproductivos. (18)

Durante los últimos años, luego del avance epidemiológico del SIDA, las infecciones de transmisión sexual (ITS) han adquirido especial relevancia como un importante problema de salud pública.

Las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las primeras cinco causas que demandan atención médica. Hay grandes dificultades en el control y manejo adecuado de las mismas, lo que ha ocasionado un impacto y la necesidad de plantear nuevos programas de prevención que permitan disminuir la magnitud y la trascendencia de estas infecciones. (19)

Según la OMS cada año “se presentan más de trescientos treinta y tres millones de casos de ITS curables, un millón de nuevos casos de infección por VIH y millones de otras ITS virales como Herpes y Hepatitis B, de los cuales 36 millones corresponden a Latinoamérica y el Caribe”.(20)

En el 2007, se estimó que en el mundo existieron 33,2 millones de personas con VIH, de los cuales 2,5 millones desarrollaron SIDA este año. Además, durante el 2006 hubieron más de dos millones de muertes atribuidas a causas relacionadas con el VIH/SIDA, lo que eleva el número acumulado de fallecidos a 20 millones. (21)

En el 2007 las cifras de prevalencia son significativamente menores que las de años anteriores. En el 2006, ONUSIDA y la OMS apreciaron que había algo menos de 40 millones de personas con VIH en el mundo, una cifra que también era menor que la estimación del 2005. La diferencia entre los datos del 2007 y los del 2006 se atribuye en su mayor parte a la mejoría de los esfuerzos para monitorizar la epidemia y a la implementación de mejores herramientas para establecer los modelos, que se emplean para extrapolar los datos disponibles de los sistemas de vigilancia del VIH y generar estimaciones de prevalencia regionales. (22)

### **2.3 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ITS Y VIH-SIDA EN EL ECUADOR**

Frecuentemente existe un sub-registro de las infecciones de transmisión sexual.

El primer caso de SIDA reportado en el Ecuador se notificó en 1984, desde entonces el número se ha incrementado considerablemente. El total de casos de personas infectadas reportadas hasta diciembre del 2007 es de 12.246, de los cuales 4.640 presentaron el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y han fallecido 1.947 según registros médicos. (22)

Debido a que no todas las personas se realizan los exámenes de diagnóstico, se calcula que esta cifra debería multiplicarse por ocho. Así se lograría una visión más adecuada de lo que acontece en el país. (23)

La epidemia actual del VIH y sus repercusiones sobre la infancia sigue siendo un elemento básico de las actividades de UNICEF en el mundo, y es una de las prioridades principales del Plan Estratégico de mediano plazo de 2006-2009. En octubre de 2005, UNICEF, ONUSIDA y otros aliados presentaron la campaña Únete por la niñez, Únete con la juventud, Únete para vencer al SIDA para llamar la atención sobre los niños y las niñas, el rostro oculto del SIDA. (24)



La tasa de prevalencia en embarazadas en el 2007 fue de 0,10% estimada por esfuerzo de tamizaje y la sero-reactividad para primera prueba es de 0,98% en donantes de sangre para el 2006. Los grupos de más alta sero-reactividad para primera prueba son: los hombres que tienen sexo con hombres (19,2%), trabajadoras sexuales (3,7%) y policías (2,9%). (25)

En los últimos tres años, ha existido un aumento significativo del informe de infectados por VIH a expensas del tamizaje de embarazadas, donantes de sangre, personas que consultan por ITS y tuberculosis. Además se observa una estabilización en el número de casos de SIDA y un descenso de la mortalidad, lo que se explica por un incremento en el tamizaje de VIH y por un mayor acceso a ARV (antirretrovirales). (22)

Las infecciones venéreas afectan a jóvenes desde los 15 años. Las ITS, son un problema de salud pública, de gran importancia en la mayoría de los países del mundo. La incidencia de las ITS agudas, es alta. Según la OMS, unos 685 mil hombres y mujeres, contraen ITS cada día. En América se estima que unos 40-50 millones de hombres y mujer contraen ITS cada año. La infección VPH es ITS más frecuente a nivel mundial (20 millones en USA están infectados), especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.

Cada año hay alrededor de 15 millones de nuevos casos de ITS en Estados Unidos y aproximadamente un cuarto de estos casos afectan a los adolescentes.

Las infecciones de transmisión sexual afectan a hombres y mujeres de todos los niveles económicos y sociales. Pero la mujer es mucho más vulnerable biológicamente, culturalmente y socioeconómicamente. La mayoría de la ITS, son asintomáticas en las mujeres (60-70% de infecciones por clamidias y gonococo).

Las fallas en el diagnóstico y tratamiento en estadios tempranos, pueden ocasionar graves complicaciones y secuelas: infertilidad, pérdida fetal, embarazo ectópico, cáncer ano-genital y la muerte prematura, así como

infecciones en recién nacidos y lactantes. Las complicaciones de ITS se dan más en la mujeres; algunas fatales (cáncer cervico-uterino/VPH, embarazo ectópico, EPI, sepsis) y en su hijos (26)

El objetivo es reducir los comportamientos sexuales de riesgo, los programas necesitan focalizarse e incluir recomendaciones concretas. Una educación sexual eficaz es un elemento importante para la prevención del VIH y para concienciar desde las edades más tempranas de lo que supone este problema que afecta a 5 millones de jóvenes en el mundo, de acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (27)

## 2.4 INFECCIONES DE TRASMISSION SEXUAL

Las infecciones de transmisión sexual son muy contagiosas.

Las causas de la infección son muchas, destacando las siguientes:

- Aseo inadecuado de los genitales.
- Uso de ropa muy ajustada que hace transpirar bastante la vulva.
- Relaciones sexuales con hombres infectados.
- Uso excesivo de antibióticos, que permite la proliferación de hongos. (28)

### 2.4.1 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO GENITAL (VPH)



#### **Definición:**

El virus papiloma humano es considerado uno de los patógenos más comunes transmitidos sexualmente y el principal agente causal de las neoplasias cervicales intraepiteliales. (29)



La infección por el VPH es la más frecuente de todas las infecciones de transmisión sexual (30)

Los virus del papiloma humano son un grupo de más de 100 tipos de virus. (31)

Los VPH se clasifican como de bajo riesgo o de alto riesgo. Los VPH de bajo riesgo pueden causar verrugas genitales. En las mujeres, los VPH de alto riesgo pueden conducir al cáncer en el cuello uterino, vulva, vagina y ano. En los hombres, pueden conducir al cáncer del ano y del pene. (32,33)

En el cáncer de pene, los datos existentes apoyan el papel etiológico de la infección por VPH, y al igual que ocurre en el cáncer genital femenino, los genotipos mas asociados son el 16 y el 18 (34)

En el Ecuador, solo en 2000, se registró a 17 pacientes con este mal. Pero se considera que se trataba de un sub-registro, por lo que es difícil determinar si los casos tienen alguna relación con el VPH. El 99% de infecciones se da por contacto sexual. La infección no presenta síntomas, por eso es difícil iniciar un tratamiento oportuno. (35)

Al menos la mitad de los hombres y mujeres sexualmente activos contraerán VPH genital en algún momento de sus vidas.

El mecanismo de transmisión es a través del contacto genital (como sexo vaginal o anal). El VPH puede afectar los genitales de los hombres (el pene y el ano) y de las mujeres (el cuello del útero, la vagina y el ano). (36)

En un pequeño porcentaje se da la transmisión mediante fómites (sustancias u objetos inanimados contaminados por ejemplo: jabones, ropa íntima compartida, baños, etc.). (37)

### **Clínica:**

- La mayoría de las personas infectadas por el VPH son asintomáticas.
- Aparecen en el área genital pequeños granitos individuales o en grupos.

- Picor del pene, escroto, área anal, o vulva.
- Aumento de la descarga vaginal.
- Sangrado vaginal anormal que no está asociado con el periodo menstrual, después del acto sexual.
- Las verrugas pueden ser planas o elevadas, únicas o múltiples, pequeñas o grandes y, en ciertos casos, tener forma de coliflor y aparecen en la vulva, la vagina o el ano o alrededor de los mismos, en el cuello uterino y en el pene, en el escroto, en la ingle o en los muslos.
- Las verrugas pueden aparecer semanas o meses después del contacto sexual con una persona infectada o puede que nunca aparezcan.
- Si no se tratan, las verrugas genitales pueden desaparecer, quedarse igual o aumentar en tamaño y en número.
- La enfermedad provocada por el VPH es una infección incurable, aunque es posible que la infección desaparezca de forma espontánea en los primeros seis meses evitando que cronifique, fenómeno que ocurre en casi todos los procesos.
- En el embarazo, debido a los cambios hormonales durante el embarazo, es posible que las verrugas crezcan lo suficientemente grande como para obstruir el canal de nacimiento. En tales casos, las verrugas podrían requerir cirugía, o podría ser necesaria una cesárea. En casos raros, VPH también puede infectarle al bebé, causando verrugas en su garganta, la papilomatosis respiratoria recurrente (PRR). (37)

**Diagnóstico:**

- Una prueba de Papanicolaou anormal puede ser el primer signo de una posible infección por PVH. Es importante hacerse una prueba anual de Papanicolaou después de tener relaciones sexuales o a partir de los 21 años de edad.
- Las verrugas genitales se diagnostican mediante un examen visual. Algunos proveedores de atención médica utilizan ácido acético, una solución de vinagre, para identificar las verrugas planas. Sin embargo, esta prueba no

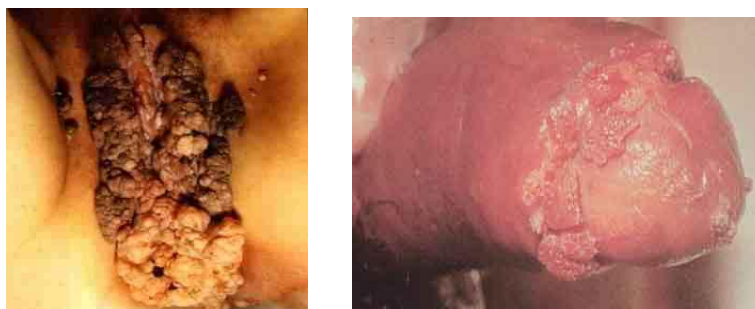
es muy sensible por lo que puede identificar equivocadamente como verruga un área de piel normal.

- No existe una prueba aprobada de VPH para hombres. Sin embargo, aunque el VPH genital es común entre los hombres heterosexuales, muy raras veces les ocasiona complicaciones de salud graves. Por lo general, el resultado más evidente del VPH genital en hombres son las verrugas genitales, las cuales se pueden ver a simple vista. (36)

### **Tratamiento:**

- Los tratamientos para el PVH incluyen desde medicinas ácidas hasta cremas o terapia con láser. Elimina las verrugas visibles y síntomas como el picor. El tipo de tratamiento dependerá de muchos factores, como la cantidad, posición y tamaño de las verrugas.
- Tratamientos tópicos para erradicar las lesiones incluyen: ácido tricloroacético y nitrógeno líquido.
- Los tratamientos quirúrgicos incluyen la crioterapia, electro cauterización, terapia con láser, o escisión quirúrgica.
- La vacuna para el VPH combate la enfermedad y crea resistencia. No es un virus vivo ni muerto. La vacuna previene las infecciones de los VPH tipo 6, 11, 16 y 18. Tiene alrededor de 95 a 100% de efectividad contra el VPH tipo 6, 11, 16 y 18. Son 3 inyecciones. Una vez aplicada la primera, necesitará vacunarse por segunda vez 2 meses después. La tercera vacuna debe ser inyectada 6 meses después de la primera.(36)
- En 2006, la Food and Drug Administration de Estados Unidos (FDA) aprobó Gardasil ®, una vacuna altamente efectiva para prevenir las infecciones por HPV(31)

## 2.4.2 CONDILOMA



### Definición

La verruga genital, también denominado condiloma acuminado, es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por el virus del papiloma humano (VPH). (38)

En los adultos, el trastorno se considera una enfermedad de transmisión sexual, pero en niños el virus aparece o se transmite con o sin el contacto sexual.

Algunos tipos de VPH pueden causar que aparezcan verrugas alrededor de los genitales o el ano. Las verrugas genitales están relacionadas generalmente con dos tipos de virus del papiloma humano, el VPH-6 y el VPH-11. Las verrugas pueden aparecer varias semanas después del contacto sexual con una persona que esté infectada con VPH, o es posible que se tarden varios meses o años en aparecer; o, tal vez, puede ser que nunca aparezcan.

Los VPH pueden también causar tumores planos anormales en el área genital y en el cuello del útero o cérvix (la parte inferior del útero que se extiende a la vagina). Sin embargo, las infecciones de VPH generalmente no causan síntomas. (31)

El periodo de incubación es muy variable entre 3 semanas y ocho meses. En la mayor parte de los casos tienen un curso autolimitado desapareciendo espontáneamente.

La prevalencia de la entidad es mayor entre los individuos con otras infecciones de transmisión sexual y VIH positivos.

El modo de transmisión de esta enfermedad:

- Las infecciones en el cuello uterino y en la vagina por lo general se transmiten por contacto sexual; no obstante, hay evidencia de otras formas de contagio como son: instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados y juguetes sexuales.
- Otra forma de contagio, aunque poco frecuente, es de la madre al niño durante el parto en los casos que existen verrugas genitales en el canal vaginal. En estos casos puede producirse en el niño un cuadro denominado papilomatosis laríngea. Este tipo de transmisión del virus es poco común y se previene practicando una cesárea en el momento del parto.
- Las verrugas vulgares pueden autoinocularse. Las verrugas genitales pueden transmitirse por contacto directo de la piel con las verrugas(39)

## Clínica

- Aparecen tumores sobre los genitales de aspecto verrugoso.
- Lesiones genitales superficiales de aspecto coloreado.
- Úlceras y verrugas genitales.
- Crecimientos anormales con forma de coliflor alrededor del ano o zona genital femenina.
- Aumento de humedad en el área de los crecimientos.
- Picor del pene, escroto, área anal, o vulva.
- Descarga vaginal.
- Sangrado vaginal anormal, no asociado con el periodo menstrual, después del acto sexual.
- En la mujer los condilomas aparecen en los labios vulvares, vagina, cuello uterino o cerca del ano. (40)
- El área genital húmeda es un medio propicio para el crecimiento de condilomas, que tienden a reproducirse rápidamente porque es difícil mantener seca el área infectada. En el pene, las verrugas genitales tienden a ser más pequeñas que sobre los genitales femeninos o que las perianales en ambos sexos. (41)

## **Diagnóstico**

- El ginecólogo, practicará un reconocimiento general, examen de la vulva, de la vagina y exhaustivamente del cuello uterino, tomará una muestra para citología o Test de Papanicolaou.
- La colposcopia consiste en la evaluación directa del Cuello Uterino, permite visualizar el tejido de aspecto anormal, de encontrarse éste presente, se tomará una pequeña muestra del tejido (biopsia), la cual se enviará al laboratorio para su estudio histológico y determinar dentro de qué categoría se encuentra la lesión.
- Ante la duda se pedirá una biopsia dirigida (buscando directamente la infección por VPH del tejido que obtuvo en la colposcopia. (39)

## **Tratamiento**

Existen muchas opciones para el tratamiento de las verrugas genitales, pero aun después de tratarlas, el virus VPH genital puede permanecer y transmitirse. Por tal razón, no está totalmente claro si el tratamiento de las verrugas genitales reduce las probabilidades de que una persona transmita el VPH genital a su pareja. Sin un tratamiento, las verrugas genitales pueden desaparecer, permanecer sin cambios o aumentar en tamaño y número.

Los tratamientos de las verrugas genitales incluyen:

- Tratamiento aplicados por el paciente:
  - a. Aplicación de podofilina al 0.5% en solución o gel. Dos veces al día por 3 días, seguidos de 4 días de no aplicación. Este ciclo de tratamiento puede ser repetido, si es necesario, hasta por cuatro ciclos.
  - b. Crema de Imiquimod al 5%, una vez al día a la hora de acostarse, tres veces a la semana hasta por 16 semanas. El área de tratamiento debe ser lavada con jabón y agua de 6 a 10 horas después de la aplicación. No en estado de embarazo.

- Tratamientos aplicados por el médico:

Crioterapia con nitrógeno líquido cada una o dos semanas si es necesario,  
Acido tricloroacético o ácido bicloroacético al 80-90%.

Remoción quirúrgica de las verrugas.

Aplicación de interferón intralesional o remoción utilizando el láser. (42)

En las mujeres embarazadas, las lesiones vulvo-vaginal pueden ser tratadas. El objetivo del tratamiento es eliminar condilomas visibles a nivel genital y reducir la cantidad de virus, ayudando al cuerpo a combatir la infección. En algunos casos, incluso si se eliminan todos los condilomas visibles, es posible que el virus aun esté presente. Sin embargo, la eliminación de condilomas, provoca una supresión de un gran número de células virales. Esto significa que el virus se debilita, permitiendo al organismo luchar de manera más eficiente contra él. Si no hay más condilomas a los 6 meses de tratamiento, por lo general se considera una enfermedad controlada. (43)

Se debe hacer un control a las pocas semanas de terminar el tratamiento. Después es suficiente con un auto-examen a no ser que empiecen a aparecer verrugas otra vez.

Es necesario realizar un papanicolaou por lo menos cada 6 meses

### 2.4.3 HERPES GENITAL



Herpes genital femenino



Herpes genital masculino

## **Definición**

Es causada por los virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y tipo 2 (VHS-2). La mayoría de los herpes genitales son causados por el tipo VHS-2. La mayoría de las personas infectadas por el VHS-1 o VHS-2 no presentan signos ni síntomas de la infección o presentan síntomas mínimos.

Cuando se manifiestan los signos lo hacen en forma de una o más ampollas en los genitales o el recto o alrededor de los mismos. Las ampollas se rompen formando úlceras dolorosas que pueden tardar de dos a cuatro semanas en curarse la primera vez que se presentan. Puede presentarse otro brote semanas o meses después del primero, pero casi siempre es menos intenso y de más corta duración. (44)

No existe cura para el herpes.

El modo de transmisión es el siguiente:

- El contagio ocurre a través de sexo oral, anal o vaginal, y contacto íntimo con la piel. (45)
- El momento más contagioso es cuando existen úlceras abiertas, aunque el herpes puede transmitirse aun cuando no hay presencia de úlceras.
- Puede transmitirse de madre a hijo durante el embarazo o a través del parto vaginal. (46)

## **Clínica**

Dado que el virus se transmite a través de las secreciones de los tejidos de la boca o los genitales, los sitios comunes de infección en los hombres son: ano, cara interna de los muslos, escroto, cuerpo y cabeza del pene. Los sitios comunes de infección en las mujeres son: ano, cuello uterino, cara interna de los muslos, labios, vagina. La boca también puede ser un sitio de infección en ambos sexos. (47)

El período de incubación del herpes genital oscila entre 2 – 20 días con un promedio de 7 – 10 días después de la exposición, las lesiones surgen como múltiples vesículas pequeñas, dolorosas y agrupadas sobre una base eritematosa. Esas vesículas se erosionan en el transcurso de varios días



formándose ulceraciones; con frecuencia aparece edema de los genitales externos y adenopatía inguinal muy hipersensible. (48)

Hay sensación de picor en los órganos genitales, seguida por la aparición de pequeñas vesículas superficiales que cicatrizan en un plazo de cinco a siete días, si bien puede haber infecciones secundarias; a veces aparecen también vesículas en las nalgas y en los muslos.

Las vesículas son dolorosas y suelen asociarse con una sensación de quemazón, disfunción urinaria, fiebre e inflamación de los ganglios linfáticos inguinales. También se produce dolor o sensación de quemazón durante las relaciones sexuales. En las mujeres puede presentarse una secreción cervical o del cuello del útero.

El ataque dura unas dos semanas, y alrededor del 50% de los afectados sufren ataques repetidos. (45)

Un pequeño número de embarazadas transmite el virus a su bebé durante el trabajo de parto y el alumbramiento. (49,50)

Los Virus Herpes Simple son una de las causas del cáncer de cérvix, por lo que deben de mantenerse las revisiones ginecológicas periódicas para su detección temprana. (51)

### **Diagnóstico**

- a) Mediante la clínica
- b) El cultivo viral del líquido de la ampolla proveniente de la lesión es positivo para el virus del herpes simple. El virus del herpes simple puede multiplicarse en 2 a 3 días.
- c) El PCR del líquido de la ampolla detecta pequeñas cantidades de ADN y puede mostrar si el virus del herpes está presente en dicha ampolla.
- d) El examen de Tzanck de la lesión cutánea puede mostrar resultados congruentes con la infección por virus del herpes. Este examen consiste en la tinción de células humanas dentro del líquido de la ampolla con una tintura. Si las células del líquido contienen partículas virales se vuelven visibles; sin embargo, el examen no puede determinar qué cepa del virus se encuentra en la ampolla. (52)

- e) Unas pruebas para anticuerpos recientemente desarrolladas pueden determinar si una persona tiene VHS-1 o VHS-2. Estas pruebas también pueden revelar si una persona alguna vez ha estado expuesta a cualquiera de estas cepas en el pasado (prueba IgG) o resultó expuesta recientemente a una de ellas (Prueba IgM).(47)

### Tratamiento

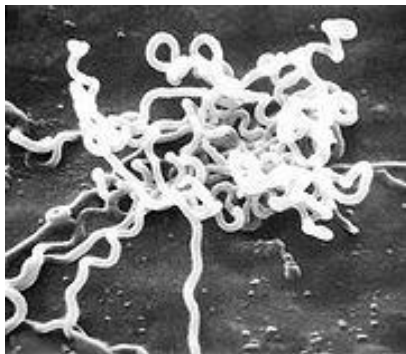
- Aciclovir, que se encarga de tratar los brotes iniciales
- Famciclovir, que se encarga de los episodios tardíos de herpes y ayuda a prevenir futuros brotes y por último
- Valaciclovir, que al igual que el segundo, se encarga de brotes tardíos pero un poco más intensos. (53)

Los tres medicamentos han sido aprobados para ser utilizados en la terapia supresiva diaria para reducir la frecuencia de los brotes. (54)

Realizar tratamientos anticongestivos a modo de compresas o baños de sulfato de Zinc muy diluido y realizar una cobertura antibiótica con cremas de ácido fusídico o gentamicina.

- Usar ropa suelta
- Mantener el área genital limpia y seca.
- No tocarse las ulceraciones, pero si se las toca, lávese las manos con agua tibia y jabón enseguida.
- Evitar tener relaciones sexuales durante un brote. (55)

### 2.4.4 SIFILIS



**Definición:**

Es una enfermedad de transmisión sexual, de evolución crónica o lenta, que ataca prácticamente todos los órganos del cuerpo humano, producida específicamente por *Treponema pallidum*. La sífilis es considerada como la gran simuladora, ya que ellas simulan cualquier tipo de enfermedad o pueden ser confundidas por los médicos con cualquier tipo de enfermedad. (56)

La sífilis se transmite de una persona a otra a través del contacto directo con la lesión. Generalmente se transmite a través del contacto sexual, ya sea por vía vaginal, anal u oral. También puede pasarse al besar o a través del contacto manual u otro contacto personal cercano en caso de existir una lesión viable. Las mujeres embarazadas y con sífilis pueden transmitir la sífilis a sus bebés antes del parto. (57)

Su peligrosidad es muy alta por las consecuencias que produce en la persona que se contagia y que no recibe el tratamiento adecuado apenas se produce la infección. (58)

**Clínica:**

Muchas personas que tienen sífilis no presentan síntomas durante años, pero aun así enfrentan el riesgo de tener complicaciones en la fase avanzada si no se tratan la enfermedad. Las personas que están en la fase primaria o secundaria de la enfermedad transmiten la infección aunque muchas veces las úlceras sifilíticas no se puedan reconocer.

- Fase primaria: La fase primaria de la sífilis suele estar marcada por la aparición de una sola úlcera (llamada chancro), pero puede que haya varias. El tiempo que transcurre entre la infección por sífilis y la aparición del primer síntoma puede variar de 10 a 90 días (con un promedio de 21 días). Por lo general, el chancro es firme, redondo, pequeño e indoloro. Aparece en el sitio por donde la sífilis entró al organismo. El chancro dura de 3 a 6 semanas y desaparece sin ser tratado. Sin embargo, si no se administra el tratamiento adecuado la infección avanza a la fase secundaria.

- Fase secundaria: se caracteriza por erupciones en la piel y lesiones en las membranas mucosas. Suele comenzar con la aparición de una erupción de la piel en una o más áreas del cuerpo, que por lo general no produce picazón. Las erupciones de la piel asociadas a la sífilis secundaria pueden aparecer cuando el chancro se está curando o varias semanas después de que se haya curado. La erupción característica de la sífilis secundaria puede tomar el aspecto de puntos rugosos, de color rojo o marrón rojizo, tanto en la palma de las manos como en la planta de los pies. Sin embargo, en otras partes del cuerpo también pueden aparecer erupciones de aspecto distinto, o que son similares a las causadas por otras infecciones. Algunas veces, las erupciones asociadas a la sífilis secundaria son tan leves que pasan desapercibidas. Además, puede que se presenten otros síntomas durante la fase secundaria de la sífilis, como fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, dolor de garganta, caída del cabello en algunas áreas, dolor de cabeza, pérdida de peso, dolores musculares y fatiga. Los signos y síntomas de la sífilis secundaria desaparecen aun si no son tratados, pero si no se administra tratamiento la infección progresará a la fase latente y posiblemente hasta la última fase de la enfermedad.
- Fase latente: Comienza con la desaparición de los síntomas de las fases primaria y secundaria. Sin tratamiento, la persona infectada seguirá teniendo sífilis aun cuando no presente signos o síntomas ya que la infección permanece en el cuerpo. Esta fase latente puede durar años. En el 15% de las personas que no reciben tratamiento para la sífilis, la enfermedad puede avanzar hasta las fases latente y terciaria, que pueden aparecer de 10 a 20 años después de haberse adquirido la infección. (59)
- Sífilis terciaria: La sífilis terciaria se considera desde diferentes síndromes clínicos, tales como: neurosífilis, sífilis cardiovascular y como gomas. Las manifestaciones más frecuentes de la sífilis terciaria son las gomas sifilíticas. En este período los individuos ya no son contagiosos.

- **Sífilis congénita:** La madre puede transmitir el treponema a su hijo antes de los 4 meses. Por alguna razón no muy clara, el feto se puede infectar a cualquier edad, pero es más frecuente encima de los 4 meses de embarazo. Y, entre más temprano el periodo sífilítico mayor será el daño. Una manifestación tardía de la sífilis congénita son los dientes de Hutchinson, característico. Dientes de tiburón, sierra. Se dan en los dientes permanentes y no los de leche. (56)

Hay un alto riesgo de tener un bebé que nazca muerto o de dar a luz un bebé que muere poco después de haber nacido. Si estos bebés no reciben tratamiento, pueden sufrir de retraso en el desarrollo, convulsiones o morir. (59)

### **Diagnóstico**

Cuando hay sospecha clínica y detectando el microorganismo causal dentro de la úlcera. Las pruebas serológicas pueden no hacerse reactivas hasta 2 semanas después del inicio del chancro. Pero un estudio serológico positivo puede reflejar una infección sífilítica previa.

Se puede diagnosticar la sífilis mediante el análisis de una muestra líquida del chancro (la úlcera infecciosa) en un microscopio de campo oscuro. Si las bacterias de la sífilis están presentes en la úlcera, se observarán en el microscopio. (59)

### **Tratamiento:**

Los antibióticos son un tratamiento efectivo para la sífilis y la penicilina es el preferido. La dosis y la forma de aplicarla (intramuscular o intravenosa) dependen de la etapa en que esté la sífilis. La doxiciclina se puede utilizar como un tratamiento alternativo en personas alérgicas a la penicilina. Se trata con dosis única de Penicilina Benzatínica 2.4 millones de unidades IM.

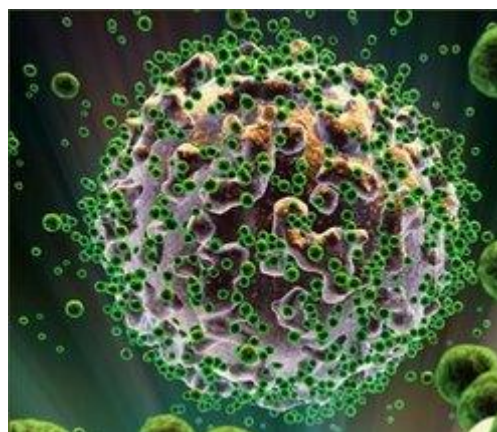
Para la sífilis en etapa primaria sólo necesita una inyección. Para la sífilis en etapa secundaria se necesitará dos inyecciones. En la sífilis en etapa avanzada es probable que se requiera un tratamiento más fuerte, en el que se puede administrar inyecciones de penicilina todos los días durante 10 días.

El tratamiento de sífilis en una mujer embarazada requiere intentar desensibilizaciones por que no se puede utilizar eritromicina ni tetraciclinas.

Se deben hacer exámenes de sangre de control a los 3, 6, 12 y 24 meses para asegurarse de que la infección haya desaparecido. Se deben evitar las relaciones sexuales hasta que dos exámenes de control muestren que la infección ha sido curada.

La sífilis es una infección de notificación obligatoria, lo cual quiere decir que los médicos deben informar de cualquier caso de esta enfermedad a las autoridades de salud pública, de tal manera que se pueda identificar y tratar a los compañeros sexuales potencialmente infectados.(60)

#### 2.4.5 SIDA



##### Definición

El SIDA es causado por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). El VIH ataca al sistema inmunológico del cuerpo, principalmente a los linfocitos T (53). Algunas personas con infección al VIH no tienen ningún síntoma, algunos tienen problemas menores de salud y otros tienen el SIDA completamente desarrollado. (61)

La forma de transmisión del VIH es el siguiente:

El VIH se transmite a través de transfusiones de sangre, uso de drogas inyectables, transmisión vertical (TV) y por relaciones sexuales con personas viviendo con VIH/SIDA. Desde los años '90 la transmisión mediante la vía

sexual ha mostrado una tendencia hacia la heterosexualidad, lo que influiría en el aumento de transmisión hacia las mujeres. (62)

La infección por HIV-1, actualmente afecta tanto a homosexuales como a heterosexuales, de distintas clases sociales, sino toman las medidas de prevención para evitar dicho contagio. Nadie está exento de contraer (63)

Por desgracia, las conductas sexuales que son vías claras y conocidas de transmisión siguen estando a la cabeza en la práctica sexual más cotidiana, convirtiéndolas no sólo en un riesgo para la salud propia sino también la de los demás. (64)

### **Clínica**

La mayoría de las personas con VIH no tiene síntomas por años.

Los síntomas aparecen según la evolución.

Podemos separar tres fases que pueden presentarse después de la infección por VIH:

- **Primoinfección:** Las personas infectadas comienzan a fabricar anticuerpos anti-VIH que podrán detectarse con la prueba serológica. Las personas son, entonces, seropositivas.
- **Evolución:** en una segunda fase de la infección, de 6 meses a 10 años o más, pueden aparecer manifestaciones clínicas en algunas personas y otras evolucionar hacia SIDA, mientras otras pueden mantenerse sin síntomas. Los síntomas menores de la infección por VIH: pueden encontrarse manifestaciones clínicas persistentes como inflamación de los ganglios en muchos lugares del cuerpo, pérdida de peso superior al 10% del peso corporal, fiebre y sudores nocturnos, forma grave de herpes, diarrea persistente y abundante. Estos síntomas no son específicos del SIDA, muchas infecciones, generalmente benignas, pueden ocasionar estas mismas manifestaciones. Las personas que tienen un bajo porcentaje de linfocitos T4 corren un riesgo elevado de evolucionar hacia Sida.

- SIDA: Las personas que desarrollarán SIDA, debido a que el sistema inmunitario está fuertemente deteriorado, pueden presentar: Infecciones oportunistas, Algunos cánceres (linfomas y sarcoma de kaposi) y afecciones neurológicas, síndrome de adelgazamiento, etc.

Otras personas pueden mantenerse sin síntomas: es evidente que un cierto número de seropositivos pueden mantener un estado de incubación más de 10 años, pero podrían desarrollar la enfermedad más tarde ya que el tiempo máximo de incubación es todavía desconocido. (65)

### **Diagnostico**

El VIH-SIDA se diagnostica con una prolija historia clínica, una buena exploración física y un análisis de sangre, llamado prueba de anticuerpos contra el VIH. (66)

Es recomendable repetir el examen de anticuerpos después de algún tiempo, cuando los anticuerpos para el virus VIH hayan tenido más probabilidades de desarrollarse. (67)

La prueba más frecuente para detectar el VIH es la prueba de anticuerpos (llamada ELISA). Se puede realizar en sangre, saliva u orina. De acuerdo con el CDC, tiene una exactitud superior al 99%. Los resultados suelen estar disponibles en dos semanas. (Existe una prueba ELISA rápida que entrega los resultados en menos de una hora).

Para estar completamente seguros, los resultados positivos se confirman con una prueba más sensible llamada transferencia Western (o Western blot, en inglés). (68)

### **Tratamiento**

No existe una cura, pero hay muchas medicinas para combatir la infección por VIH y las infecciones y cánceres que la acompañan. Las personas pueden vivir con la enfermedad por muchos años. (69)



#### 2.4.6 GONORREA



##### Definición

Es conocida también como “blenorragia”, o con el apodo inglés “the clap”. (70)

Causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoea*. (71)

La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual curable. Es más común en los adultos jóvenes. La bacteria que causa la gonorrea puede infectar el tracto genital, la boca o el ano. (72)

Los mecanismos de transmisión de la gonorrea son los siguientes:

- A través de las relaciones sexuales, ya sea por vía oral, anal o vaginal.
- La mujer es mucho más susceptible de contraer gonorrea del hombre.
- Puede ser pasada a un ojo con la mano o con otra parte del cuerpo humedecida con líquidos infectados.
- Si una mujer embarazada tiene gonorrea, puede pasar el germen a los ojos de su bebé durante el parto, lo cual puede causar una infección severa de ojos. (73)

##### Clínica

Algunas veces, la gonorrea no provoca síntomas, especialmente en las mujeres. Normalmente comienza de 2 a 7 días después de ser expuesto

En los hombres:

- Dolor o ardor al orinar.
- Secreción o goteo aguado, lechoso o amarillo del pene o el ano.

En las mujeres:

- Secreción aguada, lechosa o amarilla de la vagina o el ano.
- Sangrado entre las menstruaciones.
- Ardor o dolor al orinar o defecar.
- Más dolor de lo normal durante los periodos menstruales.
- Calambres y dolor en el abdomen. (72)

## **Diagnóstico**

- a) Un diagnóstico preliminar inmediato de gonorrea puede hacerse durante el examen físico. Se toma una muestra del exudado uretral y se examina bajo el microscopio, tinción de Gram. Los gérmenes Neisseria aparecen Gram negativos y diplococos, dentro de las células.
- b) Cultivo de Thayer – Martin. Los cultivos dan información absoluta de infección. Los organismos de Neisseria pueden crecer sobre cualquier membrana mucosa. La elección del sitio del cultivo se determina dependiendo de la persona, preferencia sexual, y prácticas sexuales. Generalmente, los cultivos se obtienen de la uretra, ano, o garganta. Los laboratorios pueden dar un diagnóstico preliminar frecuentemente dentro de 24 horas y confirmado dentro de 72 horas.
- c) En una infección diseminada los hemocultivos pueden ser positivos hasta en un 40% de los casos y los cultivos de líquido articular en un 20%. (73)

## **Tratamiento**

En una infección gonocócica no complicada se trata con Ceftriaxona  
Otras fármacos utilizados son: Ciprofloxacino, Ofloxacino, Levofloxacino.  
La pareja debe hacerse la prueba y después tratarse si está infectada, aunque no presenten síntomas de la infección. (75)

### 2.4.7 TRICOMONIASIS



#### Definición

La tricomoniasis es una infección de transmisión sexual causada por un protozoo flagelado (organismo unicelular con una cola) llamado *Trichomona vaginalis* (tricomonas) que infecta la vagina o las vías urinarias. (76)

La vaginitis por *Trichomonas vaginalis* es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes. Se calcula que cada año la padecen alrededor de 120 millones de mujeres en todo el mundo. Se ha demostrado que se trata de una infección frecuente en algunas comunidades de países en vías desarrollo. (77)

Afecta con más frecuencia a mujeres jóvenes sexualmente activas. (71)

Alrededor del 20% de las mujeres en edad fértil son portadoras del parásito, pero sólo en algunas de ellas aparecen manifestaciones clínicas. En los hombres constituye el 5 al 10% de las causas de prostatitis. En éstos últimos, muchos casos no son diagnosticados, porque en ellos la infección es generalmente leve o no produce molestia alguna. (78)

El medio de transmisión es a través de las relaciones sexuales con una pareja infectada. (79)

#### Clínica

Aunque la *Trichomona vaginalis* puede infectar el tracto genitourinario de hombres y mujeres, los síntomas son más frecuentes en las mujeres.

En las mujeres, los síntomas iniciales y más frecuentes son la descarga por la vagina de una secreción espumosa de color verde amarillento, dolor, irritación, picazón en la vulva y dolor en las relaciones sexuales vaginales. También puede haber dolor al orinar y ganas de orinar frecuentemente.

En los hombres, generalmente no tienen síntomas, pero pueden infectar a sus parejas sexuales durante las relaciones sexuales. Los síntomas en los hombres son descarga por la uretra de una secreción espumosa de color amarillento similar a pus, dolor al orinar y ganas de orinar frecuentemente. Es rara la aparición de infección por tricomonas del epidídimo y la próstata. (76)

Los síntomas en las mujeres suelen aparecer de 5 a 28 días después de la exposición a la infección. (71)

La inflamación genital que produce la tricomoniasis puede aumentar la susceptibilidad de una mujer a contraer la infección por el VIH, si queda expuesta a este virus.

Se asocia con partos prematuros, neonatos de bajo peso y aumento de la mortalidad infantil.

Además, aumenta el riesgo de contagio del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de aparición de cáncer de cuello de útero. (80)

### **Diagnóstico**

El diagnóstico se hace identificando la *Trichomona vaginalis* en la secreción que sale por la vaginal y/o por la uretra y en la orina. Para ello se debe tomar una muestra de la secreción para observarla al microscopio o enviarla para hacerle un cultivo a un laboratorio. En caso de que haya molestias urinarias se debe tomar una muestra de orina para hacer un cultivo.

En mujeres:

- Un examen pélvico revela ronchas rojas en la pared vaginal o cuello uterino. Una preparación en fresco (evaluación microscópica de la secreción) muestra los organismos causantes de la infección en los flujos vaginales. La afección también se puede diagnosticar con una citología vaginal.

En hombres:

- La enfermedad puede ser difícil de diagnosticar. Los hombres se tratan si la infección se diagnostica en cualquiera de las compañeras sexuales. Los hombres también se pueden tratar si presentan síntomas continuos de ardor o picazón en la uretra a pesar del tratamiento para gonorrea y clamidia. (81)

## **Tratamiento**

La cura parasitológica puede lograrse con dosis únicas de nitroimidazol por vía oral.

Los nitroimidazoles intravaginales o los agentes antiinflamatorios en combinación con el tratamiento por vía oral pueden beneficiar a las mujeres con síntomas severos.

Es preciso hacer todo lo posible para tratar a la pareja. (77)

Se deben evitar las relaciones sexuales hasta terminar el tratamiento.

### **2.4.8 CLAMIDIASIS**

#### **Definición**

La clamidiasis es una infección transmisión sexual producida por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. La infección por *Chlamydia* es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más comunes. (78)

La clamidia puede ser transmitida durante relaciones sexuales vaginales, anales o durante el sexo oral. También puede ser transmitida de madre infectada a hijo durante el parto vaginal.

Toda persona sexualmente activa puede ser infectada con clamidia. Entre mayor número de parejas sexuales tenga la persona, mayor es el riesgo de infección. Las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes están expuestas a un mayor riesgo de infección si son activas sexualmente porque su cuello uterino no se ha desarrollado completamente. Debido a que la clamidia puede transmitirse por sexo oral o anal, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también están en peligro de contraer la infección por clamidia. (82)

También puede pasarse al ojo con una mano o con otra parte del cuerpo humedecida con secreciones infectadas. (83)

Cada año, alrededor de 2,8 millones de personas contraen la clamidia en el mundo, una infección que es asintomática tanto en hombres como en mujeres, lo que favorece su propagación. Alrededor de dos tercios de todos los casos se dan en personas menores de 25 años y afecta en mayor proporción al sexo femenino. (84)

## **Clínica**

Suele ser asintomática tanto en hombres como en mujeres en la mayoría de los casos.

Uno de cada cuatro hombres con clamidia no presenta síntomas. En los hombres, la clamidia puede producir síntomas similares a la gonorrea. Los síntomas pueden abarcar:

- Sensación de ardor al orinar
- Secreción del pene o del recto
- Dolor o sensibilidad testicular
- Dolor o secreción rectal (85)

Solo cerca del 30% de las mujeres con clamidia presentan síntomas. Dichos síntomas abarcan:

- Sensación de ardor al orinar
- Relación sexual dolorosa
- Dolor o secreción rectal
- Síntomas de enfermedad inflamatoria pélvica, salpingitis, inflamación del hígado parecida a la hepatitis.
- Secreción vaginal (86)

### **Complicaciones**

En las mujeres, una infección en el sistema reproductivo puede conducir a una enfermedad inflamatoria pélvica, la cual puede provocar infertilidad o problemas serios con el embarazo.

En los hombres, la clamidia puede infectar el epidídimo, esto puede causar dolor, fiebre y, en raros casos, infertilidad. (86)

Raramente, la clamidia resulta en una artritis conocida como el Síndrome de Reiter. (87)

Hay cierta evidencia de que en las mujeres embarazadas, las infecciones que no reciben tratamiento pueden propiciar partos prematuros.

Los bebés que nacen de mujeres infectadas pueden contraer infecciones por clamidia en los ojos y en las vías respiratorias. La infección por clamidia es una de las causas principales de neumonía precoz y conjuntivitis en los recién nacidos. (88)

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de la infección por clamidia incluye muestras de secreción uretral en hombres o secreción cervical en mujeres. En caso de que una persona tenga relaciones sexuales anales, pueden también requerirse muestras del



recto, las cuales pasan por una prueba de anticuerpo fluorescente o monoclonal, examen de ADN o cultivo celular. (89)

La infección por clamidia también se puede diagnosticar con un examen de orina.

Igualmente, se puede hacer un cultivo endocervical para gonorrea. (90)

Se manda la muestra a un laboratorio para hacer pruebas y los resultados están disponibles unos días después. Las pruebas para la clamidia suelen salir positivas de 3 a 7 días después de infectarse. (87)

## **Tratamiento**

La clamidia se trata con antibióticos.

- Azitromicina en una sola dosis
- Doxiciclina (Vibramicina) en tres dosis diarias durante una semana o dos.
- Eritromicina (91)

La eritromicina y la azitromicina son seguras para mujeres embarazadas.

Los dos compañeros sexuales deben ser tratados para prevenir la transmisión de la infección recíprocamente entre ellos, aunque ambos puedan no tener síntomas.

Dado que la gonorrea se presenta a menudo junto con la clamidia, el tratamiento para la primera con frecuencia se da al mismo tiempo. (90)

Si la clamidia no se trata, puede causar problemas serios de salud. (92)



## 2.5 PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- La manera más segura de evitar contraer infecciones de transmisión sexual, incluida la sífilis, es abstenerse del contacto sexual o tener una relación estable y mutuamente monógama con una pareja que se haya hecho las pruebas y que se sabe que no tiene ninguna infección.
- Abstenerse de consumir alcohol y drogas puede también ayudar a evitar la transmisión de las ITS, ya que estas actividades pueden llevar a una conducta sexual peligrosa. Es importante que las parejas sexuales hablen entre ellas sobre si tienen el VIH o si en el pasado han tenido otras ITS, de manera que puedan tomar acciones preventivas. (59)
- Adecuado uso de condones de látex, cada vez que tenga relaciones sexuales vaginales, orales o anales reduce las probabilidades de contraer una infección. Su uso en los programas de prevención de VIH / ITS, son útiles y efectivos en la disminución. (93)
- Evaluación, tratamiento y consejo de la pareja sexual de personas quienes están infectados con ITS.
- Vacunación de personas de riesgo, con vacunas para ITS, prevenibles.
- La educación y guía de personas de riesgo, es una manera de evitar ITS, a través de cambios en la conducta sexual
- Identificación de las personas infectadas asintomáticas (26)
- Evitar las prácticas sexuales arriesgadas, los actos sexuales que desgarran o quiebran la piel (sexo anal) conllevan un riesgo mayor de contraer una enfermedad de transmisión sexual.
- Conocer a sus compañeros sexuales y limitar su número
- Recordar que mientras más compañeros sexuales se tenga mayor será su riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual. (37)
- Frente a la sospecha de haber contraído una enfermedad de transmisión sexual acudir a un centro médico, para evitar complicaciones

- El tratarse de una ITS se reduce la transmisión del VIH en aproximadamente un 40%, especialmente en un medio caracterizado por una epidemia emergente de VIH, en lugares donde el tratamiento de las ITS es deficientes y muy prevalentes. El manejo efectivo de las ITS es la base para su control: previene el desarrollo de complicaciones y secuelas, reduce la diseminación de las infecciones en la comunidad y brinda una oportunidad única para educar a la población sobre la prevención del VIH. (26)
- A todas las mujeres embarazadas, personas con VIH y otras en alto riesgo de padecer ITS se las debe examinar en búsqueda de esta enfermedad. (60)
- Las mujeres pueden someterse a pruebas rutinarias de Papanicolaou. Esta prueba revela cambios en las células producidos por el VPH genital. Detecta los cambios en las células en etapas tempranas, de manera que puedan ser tratados antes de que se conviertan en cáncer. Esta prueba también detecta el cáncer en la etapa inicial, de modo que pueda ser tratado antes de implicar un riesgo de vida. (36)
- Una vacuna puede proteger contra varios tipos de VPH, incluyendo algunos de los que pueden causar cáncer.
- En mujeres embarazadas que tienen verrugas genitales no se recomiendan los partos por cesárea para prevenir la PRR en los bebés; esto se debe a que no se ha establecido si el parto por cesárea en realidad previene la PRR en los bebés y niños.
- Conocer el historial médico de la pareja es un paso importante en la prevención de la gonorrea. (55)
- Conocer las señales y los síntomas de la infección.

## 2.6 LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

Existen dos grandes paradigmas en la psicología del aprendizaje.

### EL CONDUCTISMO:

Uno de los objetivos principales que se persigue con el Conductismo, es hacer de la psicología una Ciencia Natural, y como tal, debería tener métodos que permitan observar y medir variables.

Este paradigma tiene como representantes a:

**Thorndike** este autor describe tres leyes en el aprendizaje: Del ejercicio, del efecto y de la punición que se basan en el estímulo y respuesta.

**Watson** ubica a la psicología con el carácter de las ciencias naturales, se observa la influencia del positivismo de Augusto Comte. Propuso un método para el análisis y modificación de la conducta, ya que para él, el único objeto de estudio válido para la psicología era la conducta observable. Quiso hacer científico el estudio de la psicología empleando sólo procedimientos objetivos como los de las ciencias naturales para el estudio de los comportamientos humanos.

**Skinner** en su teoría la psicología debe ser el estudio del comportamiento observable de los individuos en interacción con el medio que les rodea. Sostenía que los fenómenos internos debían estudiarse por los métodos científicos habituales.

**Tolman** utilizó el término de variables internas, el nexo entre estímulo y respuesta quedaba interrumpido por planos cognoscitivos no observables en la conducta del individuo, introdujo el término de aprendizaje latente que se reflejaba en la acción.

**Pavlov** formula el reflejo condicionado. (94)

## COGNITIVISMO:

Lo cognoscitivo se ocupa de estudiar el proceso de conocimiento humano, mediante el cual, el hombre percibe la realidad que lo rodea y su manera de utilizarla para relacionarse.

**Ausubel** de acuerdo al aprendizaje significativo, refiere que los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Esto se logra cuando el estudiante relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos, pero también es necesario que el alumno se interese por aprender lo que se le está mostrando. (95)

### Piaget

Para él la inteligencia participa de forma activa en el individuo y es una forma de adaptación biológica que tiende al equilibrio. El hombre organiza y reorganiza estructuras cognoscitivas a través del desarrollo, donde nuevas formas superan y se integran a las anteriores, transformándose cada vez más en estructuras más complejas.

**Vigotsky** considera el aprendizaje como uno de los mecanismos fundamentales del desarrollo. La teoría de Vigotsky se refiere a como el ser humano ya trae consigo un código genético o 'línea natural del desarrollo' también llamado código cerrado, la cual está en función de aprendizaje, en el momento que el individuo interactúa con el medio ambiente. (96)

**Bruner** sus teorías tienen como punto de referencia a Vygotsky y Piaget; el punto de unión más fuerte entre la teoría de Vygotski y la de Bruner, es que, para ambos, la interacción y el diálogo son puntos claves en su teoría.

### 2.6.1 TEORÍA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA

Para este autor el aprendizaje es descrito como un proceso social influenciado por la interacción con otras personas. En la teoría social cognitiva el ambiente social y físico influye en la formación y reforzamiento de las creencias que son determinantes de la conducta

Los conductistas consideran que el ambiente moldea al niño, pero los teóricos del aprendizaje social afirman que el niño también actúa sobre el ambiente.

Los procesos cognitivos se ponen en funcionamiento a medida que las personas observan los modelos, aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los ponen juntos en nuevos y complejos patrones. Los factores cognitivos afectan la manera como una persona incorpora las conductas observadas. La teoría del aprendizaje social sirve de puente entre el conductismo y la perspectiva. (97)

Esta teoría se basa en superar las barreras, en observar a nuestro alrededor, observar nuestra sociedad y cambiarla. Un cambio en alguno de estos tres componentes-conductual, físico o social, influencia en los otros dos. La auto-eficacia, un componente esencial de la teoría, es que la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la nueva conducta cuando se presente la ocasión, así, las personas pueden autorregular su conducta; entonces un fundamento básico de la teoría es la del autocontrol.

El enfoque de la reciprocidad triádica de Bandura: en la cual la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como determinantes interactivos. De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad triádica. (75)

La Teoría Social Cognitiva indica que las ideas son importantes para el pensamiento respecto al aprendizaje, la motivación y el manejo del salón de clases. Bandura cree que la conducta humana debe ser descrita en términos de la interacción recíproca entre determinantes cognoscitivos, conductuales y ambientales. (98)

Tal como afirma Bandura las elecciones que hace un individuo durante el período de formación y que influyen en su desarrollo son determinantes del curso futuro de su vida. Tales elecciones favorecen el desarrollo de distintas competencias, intereses y preferencias a la vez que establecen límites en las alternativas que pueden considerarse de forma realista. (99)

Modelo de Reducción de Riesgo al SIDA: sugiere que para poder cambiar la conducta uno debería reconocerla como tal, luego comprometerse a reducir este tipo de conducta, y finalmente tomar acción para llevar a cabo el cambio deseado.

Los factores que influyen en el movimiento entre las etapas incluyen el temor la ansiedad y las normas sociales.

Bandura establece que existen ciertos pasos envueltos en el proceso de modelado:

**1. Atención.** Si se va a aprender algo, necesita estar prestando atención. Alguna de las cosas que influye sobre la atención tiene que ver con las propiedades del modelo. Si el modelo es colorido y dramático, por ejemplo, prestamos más atención. Si el modelo es atractivo o prestigioso o parece ser particularmente competente, prestaremos más atención. Y si el modelo se parece más a nosotros, prestaremos más atención.

**2. Retención.** Debemos ser capaces de retener aquello a lo que le hemos prestado atención. Aquí es donde la imaginación y el lenguaje entran en juego, guardamos lo que hemos visto hacer al modelo en forma de imágenes mentales o descripciones verbales. Una vez “archivados”, podemos hacer



resurgir la imagen o descripción de manera que podamos reproducirlas con nuestro propio comportamiento.

**3. Reproducción.** Debemos traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Por tanto, lo primero de lo que debemos ser capaces es de reproducir el comportamiento.

**4. Motivación.** Es necesario para emprender una tarea que estemos motivados a imitar; es decir, a menos que tengamos buenas razones para hacerlo.

## **AUTORREGULACIÓN**

La autorregulación es la otra piedra angular de la personalidad humana. En este caso, Bandura sugiere tres pasos:

**1. Auto-observación.** Nos vemos a nosotros mismos, nuestro comportamiento y cogemos pistas de ello.

**2. Juicio.** En esta etapa comparamos lo que vemos con un estándar. Por ejemplo, podemos comparar nuestros actos con otros tradicionalmente establecidos, tales como “reglas de etiqueta”, o podemos crear algunos nuevos.

**3. Auto-respuesta.** Si hemos salido bien en la comparación con nuestro estándar, nos damos respuestas de recompensa a nosotros mismos. Si no salimos bien parados, nos daremos auto-respuestas de castigo.

Un concepto muy importante en psicología que podría entenderse bien con la autorregulación es el auto-concepto (mejor conocido como autoestima).

Si a través de los años vemos que hemos actuado más o menos de acuerdo con nuestros estándares y hemos tenido una vida llena de recompensas y alabanzas personales, tendremos un auto-concepto agradable.



Si, de lo contrario, nos hemos visto siempre como incapaces de alcanzar nuestros estándares y castigándonos por ello, tendremos un pobre auto-concepto (autoestima baja).

Bandura ve tres resultados posibles del excesivo auto-castigo:

**Compensación.** Por ejemplo, un complejo de superioridad y delirios de grandeza.

**Inactividad.** Apatía, aburrimiento, depresión.

**Escape.** Adicciones como las drogas y alcohol, fantasías televisivas o incluso el escape más radical, el suicidio.

Las recomendaciones de Bandura para las personas que sufren de auto-conceptos pobres surgen directamente de los tres pasos de la autorregulación:

**Concernientes a la auto-observación.** ¡Conócete a ti mismo! Asegúrate de que tienes una imagen precisa de tu comportamiento.

**Concernientes a los estándares.** Hay que asegurarse de que tus estándares no están situados demasiado alto. No nos embarquemos en una ruta hacia el fracaso. Sin embargo, los estándares demasiado bajos carecen de sentido.  
(100)

Según Bandura todas estas representaciones son construidas a partir de las asociaciones estímulo-respuesta y ellas son las que en definitiva determinan el aprendizaje. Por tanto asumen que el contenido del aprendizaje es cognitivo.

Es así, que un individuo presta atención a los refuerzos que genera una conducta, ya sea propia o de un modelo, luego codifica internamente la conducta modelada, posteriormente la reproduce, y al recibir refuerzo de esta, la incorpora como aprendizaje.



En el método experimental, el procedimiento estándar es manipular una variable y luego medir sus efectos sobre otra. Todo esto conlleva a una teoría de la personalidad que dice que el entorno de uno causa nuestro comportamiento.

Bandura sugirió que el ambiente causa el comportamiento; cierto, pero que el comportamiento causa el ambiente también. Definió este concepto con el nombre de determinismo recíproco: el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente.

Más tarde, fue un paso más allá. Empezó a considerar a la personalidad como una interacción entre tres "cosas": el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Estos procesos consisten en nuestra habilidad para abrigar imágenes en nuestra mente y en el lenguaje.

Desde el momento en que introduce la imaginación en particular, deja de ser un conductista estricto y empieza a acercarse a los cognitivistas. De hecho, usualmente es considerado el padre del movimiento cognitivo.

Teoría del aprendizaje social o Teoría social cognitiva cuyas ideas son importantes para el pensamiento respecto al aprendizaje, la motivación y el manejo del salón de clases.

Bandura cree que la conducta humana debe ser descrita en términos de la interacción recíproca entre determinantes cognoscitivos, conductuales y ambientales. Y no solo por el moldeamiento por medio del reforzamiento, que sigue siendo importante, pero las capacidades de mediación humana hacen innecesario esperar que ocurran las respuestas antes de poder usarlo. En su lugar se puede usar el moldeamiento para informar a los aprendices acerca de las consecuencias de producir la conducta. (101)

## El Constructor de la Autoeficacia

La autoeficacia se define como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (Bandura, 1986). Estas creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente (Zeldin, 2000). Para Bandura (1987) estas creencias de eficacia son mejores predictivas de la conducta futura que las habilidades, los logros anteriores, o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la autoeficacia va a determinar que hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee cada individuo. (102)

La teoría social cognoscitiva establece que las personas que tienen un alto sentido de eficacia imaginan recompensas y éxitos, se forjan guías de acción y emplean mayores esfuerzos que otras para hacer frente a los retos. Esas personas generan expectativas de resultados favorables para sus acciones y cuanto más fuerte es su creencia de auto-eficacia, más altas son esas expectativas. Al conjunto de estos atributos se denomina teoría de la “agencia humana”, las creencias de auto-eficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas:

**Primero**, la auto-eficacia influye en la elección de actividades y conductas. Las personas tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces.

**Segundo**, la auto-eficacia determina cuanto esfuerzo invierten las personas en una actividad.

**Tercero** mediante la cual la auto-eficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales.

Las personas de baja auto-eficacia, por ejemplo, pueden considerar a las actividades que deben realizar mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasionara un alto grado de estrés y ansiedad así como pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de auto-eficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles.

**Cuarto**, en la cual la auto-eficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto.

La teoría de Albert Bandura se puede poner en práctica a través del socio drama, radionovelas, historias narradas. Las personas aprenden de las consecuencias positivas o negativas de las acciones de los modelos de comportamientos; la auto-eficacia es entonces un pensamiento auto-referente que se convierte en un mediador entre el conocimiento de una habilidad y su ejecución, la persona entonces debe sentirse capaz de ejecutar una acción o de adoptar una conducta.

## 2.6.2 TEORÍA DE VIGOTSKY

Según Vigotsky el medio social es crucial para el aprendizaje, lo que produce la integración de los factores social y personal. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente.

Vigotsky considera, el aprendizaje, como uno de los mecanismos fundamentales del desarrollo. “La mejor enseñanza es la que se adelanta al desarrollo”. La interacción social se convierte en el motor del desarrollo. Introduce además el concepto de “zona de desarrollo próximo” que es la distancia entre el nivel real de desarrollo y el nivel de desarrollo potencial. Para determinar este concepto hay que tener presentes dos aspectos: la importancia del contexto social y la capacidad de imitación. Aprendizaje y desarrollo son dos procesos que interactúan

La teoría habla también como el ser humano ya trae consigo un código genético o “Línea natural del desarrollo” también llamado código cerrado, la cual está en función de aprendizaje, en el momento que el individuo interactúa con el medio ambiente.

No podemos decir que el individuo se constituye de un aislamiento. Más bien de una interacción, donde influyen mediadores que guían al individuo a desarrollar sus capacidades cognitivas.

### **Interacción entre aprendizaje y desarrollo**

Este autor sistematiza en tres, las posiciones teóricas respecto al aprendizaje y el desarrollo. Estas son:

- 1. Cuando los procesos de desarrollo del niño son independientes del aprendizaje:** El aprendizaje se considera como un proceso puramente externo que no está complicado de modo activo en el desarrollo. Simplemente utiliza los logros del desarrollo en lugar de proporcionar un incentivo para modificar el curso del mismo. El desarrollo o maduración se considera como una condición previa del aprendizaje pero nunca como el resultado del mismo.
- 2. Cuando el aprendizaje es desarrollo:** Teorías como las basadas en el concepto del reflejo, esto es una reducción del proceso de aprendizaje a la formación de hábitos, identificándolos con el desarrollo.

**3. Cuando el desarrollo se basa en dos procesos distintos pero relacionados entre sí:** Por un lado está la maduración, que depende directamente del desarrollo del sistema nervioso y por otro lado el aprendizaje, que a su vez, es también un proceso evolutivo. El proceso de aprendizaje estimula y hace avanzar el proceso de maduración.

El punto nuevo y más notable de esta teoría, según la perspectiva de Vigotsky es que se le atribuye un extenso papel al aprendizaje dentro del desarrollo del niño. (103,104)

### **2.6.3 TEORÍA DE PAULO FREIRE.**

La propuesta de Paulo Freire se alinea en la crítica ideológica al sistema capitalista y establece las bases para una educación al servicio de la liberación revolucionaria.

Freire señala la "deshumanización" como consecuencia de la opresión. Esta, afecta no solamente a los oprimidos sino también a aquellos que oprimen.

La violencia ejercida por los opresores, tarde o temprano, genera alguna reacción por parte de los oprimidos, y estos, generalmente anhelan convertirse en opresores de sus ex - opresores. Sin embargo, los oprimidos tienen para sí el desafío de transformarse en los restauradores de la libertad de ambos.

Los oprimidos son descritos por Freire como seres duales que, de algún modo "idealizan" al opresor. Se trata pues, de una contradicción: en vez de la liberación, lo que prevalece es la identificación con el contrario: es la sombra testimonial del antiguo opresor. Ellos temen a la libertad porque ésta les exigirá ser autónomos y expulsar de sí mismos la sombra de los opresores.

En la educación bancaria la contradicción es mantenida y estimulada ya que no existe liberación superadora posible. El educando, sólo un objeto en el proceso, padece pasivamente la acción de su educador.

En la concepción bancaria, el sujeto de la educación es el educador el cual conduce al educando en la memorización mecánica de los contenidos. Los educandos son así una suerte de "recipientes" en los que se "deposita" el saber.

El saber, es entonces una donación. Los que poseen el conocimiento se lo dan a aquellos que son considerados ignorantes. La ignorancia es absolutizada

como consecuencia de la ideología de la opresión, por lo cual es el otro el que siempre es el poseedor de la ignorancia.

De este modo, a mayor pasividad, con mayor facilidad los oprimidos se adaptarán al mundo y más lejos estarán de transformar la realidad.

Freire señala sin embargo, que incluso una educación bancaria puede despertar la reacción de los oprimidos, porque, aunque oculta, el conocimiento acumulado en los "depósitos" pone en evidencia las contradicciones.

Pero tanto el educador como los educandos, así como también los líderes y las masas, se encuentran involucrados en una tarea en la que ambos deberían ser sujetos. Y no se trata tan solo de descubrir y comprender críticamente sino también de recrear el conocimiento. De esta manera, la presencia de los oprimidos en la búsqueda de su liberación deberá entenderse como compromiso. (105,106)

#### **2.6.4 LAS INTERVENCIONES COMO MODIFICADORAS DE LA CONDUCTA**

Los estudios considerados de mayor calidad se consideran si son de cuatro o más sesiones, muestras grandes y largos períodos de seguimiento para conseguir cambios en la conducta.

Las actitudes también se modifican con las intervenciones, aunque de forma menos intensa que los conocimientos y a veces de forma selectiva en subpoblaciones. Las intervenciones basadas en modelos teóricos comportamentales modifican mejor las actitudes que las que no los mencionan siquiera; cambio de actitudes también parece relacionarse positivamente con el número de sesiones.

Un tamaño muestral superior a 500 individuos la disponibilidad de datos pre y post intervención, la existencia de grupo control, la equivalencia de grupos, la asignación aleatoria o control en el análisis, el tiempo entre la medida pre y la post-intervención de tres meses o más, la utilización de un modelo teórico de conducta y el número de sesiones superior a cuatro; aseguran la máxima calidad del estudio, cuando éste se refiere a prácticas.

## **Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA**

Los estudios de calidad alta son aquellos que en la intervención cuentan con el respaldo de una teoría de cambio conductual y un mínimo de cuatro sesiones, si cumplen un criterio se asegura una mejor calidad y si no cumple ninguno, será de baja calidad.

Las intervenciones deben dar mensajes claros y constantes de cambios de conducta y debe medirse las intenciones de conducta; lo que se facilita a través de la escala de auto-eficacia.

Además las intervenciones son de mayor calidad si son dictadas por una persona con experiencia en el campo educativo de prevención, si se cuenta con material de apoyo, si la intervención es interactiva y si la permanencia en el aula es superior a 30 minutos.

La importancia de los costos sociales por encima del temor a la infección por VIH fue documentada por un estudio cualitativo realizado con jóvenes de Sri Lanka, quienes mostraron mayor preocupación por la pérdida de la virginidad, de posibilidades de matrimonio, por el embarazo y la pérdida de la reputación frente a la familia, que frente al riesgo de infección por VIH, a pesar de tener suficientes conocimientos al respecto.

Los modelos de información, educación y comunicación difunden y hacen del conocimiento de la población la existencia y los mecanismos de transmisión del VIH, pero en general no han resultado en un cambio de comportamientos de riesgo, pues no existe una relación unilateral entre conocimiento, creencias y conductas.

En una revisión de las estrategias de prevención y control del SIDA en México, Sepúlveda afirma que “las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más

puntuales y específicas”. Asimismo, los autores aseguran que “es indispensable desarrollar intervenciones que toquen aspectos más profundos de los individuos a los que se quiere llegar”. Estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, a nivel emocional, social, cultural y económico.

**Las encuestas CAPs** (Conocimientos, actitudes y prácticas) por si solas permiten:

- Revelar las lagunas en la información y los conocimientos acerca de las ITS y VIH/SIDA que pueden ser cubiertas con intervenciones.
- Establecer un sistema de alerta temprana que advierte los peligros emergentes o cambios en los comportamientos de riesgo.
- Identificar segmentos de la población que por su conducta se encuentran especialmente expuestos a contraer las ITS y la infección por el VIH.
- Datos sobre públicos específicos para complementar la información de las encuestas de la población en general.
- Comparaciones y ofrecen un grado de homogenización que suele estar ausente cuando los datos los recopilan una variedad de organismos diferentes.



## **CAPITULO III**

### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1. HIPÓTESIS**

Los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, las actitudes inadecuadas y prácticas de riesgo pueden modificarse con una intervención educativa diseñada para el efecto.

#### **3.2. OBJETIVOS**

##### **3.2.1. Objetivo General:**

Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Facultad de Artes de la Escuela de Diseño Comunes de la Universidad de Cuenca, sobre ITS y VIH/SIDA.

##### **3.2.2. Objetivos específicos:**

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Facultad de Artes de la Escuela de Diseño Comunes de la Universidad de Cuenca, sobre ITS y SIDA a través de la aplicación de un cuestionario antes de la intervención educativa.
- Realizar una intervención educativa basada en la Teoría cognoscitivo social de Albert Bandura, Ausubel y Vigotsky para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Facultad de Artes de la Escuela de Diseño Comunes sobre ITSs y VIH/SIDA.
- Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS y SIDA, que tienen los estudiantes de la Facultad de Artes de la Escuela de Diseño Comunes después de la intervención educativa.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. METODOLOGIA**

#### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio cuasi-experimental Pre Cap y Pos Cap sin grupo control.

#### **4.2. ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en las aulas de la Facultad de Artes, ubicada en la Avenida 12 de octubre, en el Campus Yanuncay. Teléfono 881666

#### **4.3. UNIVERSO**

El estudio, según la línea de investigación de la Facultad, seleccionó como universo al número de estudiantes matriculados en el año lectivo 2008-2009 en la Facultad de Artes, que en ese momento sumaban 475 estudiantes, la Facultad cuenta con las Escuelas de Artes Escénicas, Musicales, Visuales y Diseño; pero se seleccionó un tamaño adecuado de la muestra de acuerdo a la magnitud de la modificación reportada en las investigaciones CAP.

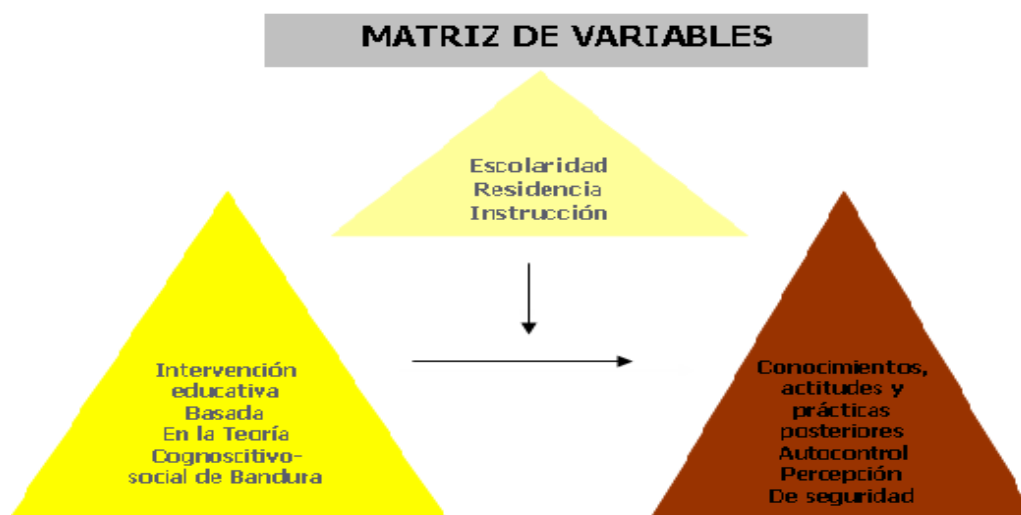
#### **4.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA**

El tamaño de la muestra fue calculado con las siguientes restricciones:

- Error alfa del 5% (0,05)
- Nivel de confianza del 95% (IC 95%)
- Error beta del 5% (0,05)
- Potencia estadística del 95% (0,95)
- Desenlace del grupo control del 43% (0,43). Según la literatura consultada, la aplicación de una encuesta antes de la intervención en los estudios CAPs, en el tema ITS, ha proporcionado un nivel de conocimientos no más alto del 43%
- Desenlace del grupo control del 76% (0,76). Los reportes sobre modificación de los CAP después de la intervención aseguran que se elevan los conocimientos hasta en un 76%
- Con la utilización de un software de computadora Epidat vers 3.1 en español para Windows, el tamaño de la muestra fue de 55 participantes como mínimo para probar el efecto de la intervención.

- Para el análisis estadístico fueron válidos únicamente 66 formularios tanto en la fase Pre como en la fase Post intervención.

#### 4.5. Plan de Análisis:



#### 4.6. Operacionalización de las Variables: (Anexo I)

#### 4.7. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos:

##### 4.7.1 Solicitud de permiso a las autoridades de la Facultad de Artes:

En el mes de mayo se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades de la Facultad de Artes, de la Universidad de Cuenca así como a los docentes y a la directora de la Escuela de Diseño Comunes Lcda. Julia Tamayo para la aplicación del pre-caps para lo cual nos facilitaron los horarios pertenecientes a dicha escuela, la aplicación de dichas encuestas se realizaron con el consentimiento informado de cada estudiante

En el mismo mes se solicitó además permiso para la aplicación de las intervenciones educativas a los compañeros estudiantes. Las autoridades concedieron el permiso para la realización de la intervención educativa con la condición de que todos los estudiantes de la muestra del estudio reciban dicha

intervención, pues consideraban urgente la instrucción a los jóvenes; se adquirió entonces el compromiso de que una vez concluido la recepción de datos con la aplicación del cuestionario se pueda realizar la intervención educativa; para ello las intervenciones se realizaron en un tiempo de 1 hora por día por 6 días realizadas en el auditorio de la facultad al finalizar las intervenciones se proporcionaron folletos que contenían información que se aplicaron en la intervenciones para conocimiento de los estudiantes

#### **4.7.2 Como se escogieron los grupos para la intervención:**

El grupo que recibió la intervención educativa estuvo conformado por 66 estudiantes de la escuela de diseño comunes pertenecientes a la facultad de artes de la universidad de cuenca que cursaban el año lectivo 2008-2009, no se trabajó con grupo control de esta manera determinamos los cambios al aplicar las encuestas.

- ✓ En los meses de agosto y septiembre se procedió nuevamente a solicitar permiso a las autoridades para la aplicación de los pos-caps a los estudiantes intervenidos

#### **4.7.3 Descripción de los Instrumentos de medición:**

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

**4.7.3.1. El primer instrumento:** es una encuesta de valoración de CAPs mide conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual, es un instrumento validado y aplicado en un estudio realizado en la ciudad de la Habana en Cuba, por Fatjo Aymee, del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.

**4.7.3.2. Validación del primer instrumento:** El primer instrumento fue validado por Aymee Fatjo; por medio de consenso de expertos y para

complementar su validez, se sometió a la técnica de repetición del test utilizando como medida el coeficiente de correlación lineal entre las dos aplicaciones del test, considerándose bueno porque se obtuvo un resultado de 0.94.

Para las variables de conocimientos y actitudes, los conocimientos se relacionan con mayores puntuaciones.

Para las variables de prácticas la mayor puntuación se relaciona con prácticas de riesgo, o malas prácticas.

**4.7.3.3. El segundo instrumento:** Corresponde a la escala de autoeficacia basada en la Teoría de Albert Bandura, mide el nivel de seguridad, fue validado por Fuensanta López-Rosales, José Moral de la Rubia, del Centro de investigaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

**4.7.3.4. Validación del segundo instrumento:** La escala de autoeficacia está conformada de varias subescalas reconociéndose tres subescalas: A, B y C. Los autores mexicanos validaron por una confiabilidad de ST, por la  $\alpha$  de Cronbach, alta con un valor de 0.89, y muy próxima al esperado de 0.91. Resultando todos los elementos discriminatorios con una correlación significativa ( $p < 0.01$ ) con el resto de la escala que oscila de 0.284 a 0.654.

#### **4.7.4. Descripción del Cuestionario (Anexo II):**

Ambos instrumentos de medición -CAPs y escala de autoteficacia- se integraron en un solo cuestionario; el mismo que fue aplicado siguiendo la técnica de encuesta administrada.

**4.7.4.1. Secciones del cuestionario:** Las secciones del cuestionario aplicado a los estudiantes de la Facultad de Artes, Escuela de Diseño Comunes que cursaban el año lectivo 2008-2009 antes y después de la intervención fueron los siguientes:

### **Sección I**

Identificación del cuestionario.

## **Sección II**

Variables sociodemográficas del encuestado.

## **Sección III**

Preguntas de conocimientos sobre ITS.

## **Sección IV**

Preguntas de actitudes

## **Sección V**

Preguntas de prácticas

De la sección III hasta la sección V constituyeron el primer instrumento de medición, es decir a conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS; cada pregunta tiene varios ítems como puede constatarse en el anexo II, son preguntas cerradas, a cada ítem de cada pregunta el encuestado contestó si o no; de esta forma ninguna pregunta quedó sin ser contestada. Cada posibilidad de respuesta fue previamente codificada para facilitar la tabulación de los datos.

## **Sección VI**

Esta sección correspondió al segundo instrumento de medición, es decir, a la escala de autoeficacia para prevenir el SIDA, recoge preguntas de intención.

### **4.7.4.2. Descripción de las secciones III-IV-V del cuestionario:**

#### Variables de conocimientos:

Infecciones de transmisión sexual que conoce.

Transmisión de estas infecciones.

Manifestaciones clínicas de las ITS.

Curación de las ITS/VIH/SIDA.

#### Variables de actitudes:

Actitud ante el nivel de atención médica de estas infecciones.

Actitud ante una ITS.

Prevención de las ITS.

Actitud ante relaciones sexuales con desconocidos o pocos conocidos.

Variables de prácticas:

Parejas en los 3 últimos meses: cuantas.

Práctica sexual: Homosexual, heterosexual, bisexual.

Hábito sexual: Anal, oral, genital.

Portador de una ITS en alguna ocasión: Mencionarla.

Conversar con su pareja sobre el tema.

Relaciones sexuales embriagado o bajo los efectos de drogas.

Uso del condón:

Siempre: Cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.

Ocasionalmente: Cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

Razones por lo que no lo usa:

Disminuye la sensibilidad.

No sabe utilizarlo.

Pena negociarlo con la pareja.

Vergüenza adquirirlo en la farmacia.

Pareja estable.

Relaciones sexuales con desconocidos.

Uso del condón en estas relaciones

Siempre: Cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.

Ocasionalmente: Cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.

Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

Estas variables sobre conocimientos, actitudes y prácticas fueron evaluadas según una escala de puntuación:

Con las variables que van de la pregunta 7 a la pregunta 14: puntuación que pretende medir los conocimientos y las actitudes, esta osciló en un rango entre 12 y 6 puntos (ver clave de calificación).

Con las variables que van de la pregunta 17 a la 26: puntuación que pretende evaluar las prácticas, esta osciló en un rango entre 10 y 0 puntos ver clave de calificación (Anexos).

#### **4.7.4.2.1. Puntuación final de las variables del primer instrumento:**

##### Variables de conocimiento

Buena cuando los puntos alcanzados entre 8 y 11 puntos.

Regular entre 7.8 y 5 puntos.

Mala por debajo de 5 puntos.

##### Variables de actitudes

Buena: entre 6 y 10 puntos.

Regular entre 5.9 y 3 puntos.

Mala por debajo de 3 puntos.

Las variables de conocimientos y actitudes se analizarán antes y después para evaluar los resultados de la intervención realizada; es decir a los tres meses de la intervención educativa.

##### Variables de prácticas

Buena de 0 a 4 puntos.

Regular de 5 a 6 puntos.

Mala de 7 a 10 puntos.

Las variables de prácticas serán evaluadas a los tres meses después de la intervención.

#### **4.7.4.3. La sección VI del formulario:**

Corresponde a la escala de autoeficacia, siguiendo la teoría de Albert Bandura, para prevenir el SIDA con 26 preguntas de intención.

La subescala A, incluye preguntas sobre seguridad de decir no a las relaciones sexuales frente a circunstancias diversas; la subescala B incluye seguridad o no de preguntar a la novia sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA y la subescala C incluye preguntas sobre la seguridad en el uso del preservativo, abstinencia sexual,



fidelidad, confianza con los padres. Para el análisis se tomará en cuenta el nivel de mayor seguridad de la escala.

Correspondió a la escala de autoeficacia, siguiendo la teoría de Albert Bandura, para prevenir el SIDA con 26 preguntas de intención.

#### **4.7.5. Como se procedió a recolectar los datos:**

El cuestionario fue llenado por los estudiantes antes de la intervención educativa y 3 meses después de la misma, la aplicación fue directa con la presencia de los investigadores, lo que facilitó responder dudas y aclarar las preguntas del cuestionario.

El tiempo en responder fue de aproximadamente 60 minutos; la intervención se inició las 2 últimas semanas de mayo. La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario que se diseñó para esta investigación y que aclara brevemente al encuestado los objetivos de la investigación previamente se le pidió, al encuestado, su consentimiento informado para participar en el mismo, que implicó su autorización formal a través de su firma.

##### **4.7.5.1. De la intervención educativa:**

La intervención educativa se realizó en el auditorio de la Facultad de Artes se programaron seis sesiones con duración de una hora cada una. Las charlas fueron interactivas con la participación de los estudiantes, quienes podían exponer sus dudas.

Para las sesiones el total de estudiantes de la muestra ( $n=66$ ) de la escuela de diseño comunes de la ciudad de Cuenca se dividió con la ayuda de los docentes de los distintos paralelos se procedió a convocar para que acudan a las intervenciones en el auditorio las intervenciones se realizaron en distintos horarios en el transcurso de los 6 días debido al horario de los estudiantes pertenecientes a la muestra.

#### **4.7.5.2. Las cuatro primeras sesiones consistieron en:**

Analizar la definición de sexualidad sana, abarcando los conceptos de la OMS, una descripción de la anatomía genital masculina y femenina: presentación en Power point.

Descripción de las ITS con signos, síntomas: presentación en Power point

Prevención de las ITS: el uso correcto del preservativo, fidelidad y abstinencia: presentación en Power point.

Exposición de videos acerca de anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual

#### **4.7.5.3. Las dos sesiones últimas consistieron en:**

El análisis de historias narradas: (ANEXO IV)

Para el análisis se conformaron grupos de 12 estudiantes, designándose un expositor por 2 grupos. Se asignó el tiempo de 15 minutos para la lectura y análisis de la historia a cada grupo.

A los quince minutos el expositor de cada grupo leyó el análisis que hizo el grupo y las conclusiones a las que cada grupo llegó.

El análisis de las historias narradas permitió, a los participantes expresar como manejarían las situaciones presentadas en las historias; a manera de ensayos cognitivos con el fin de fortalecer la auto eficacia.

Al finalizar la sexta sesión se entregó a cada uno de los estudiantes un manual de las ITSs (VER MANUAL ).

#### **4.7.6. Materiales utilizados:**

- ❖ Esferográficos.
- ❖ Computador e in foccus (facilitados por la Facultad de Ciencias Medicas)
- ❖ CD (presentaciones de Power point ver en CD adjunto)
- ❖ Fotocopias de los cuestionarios.
- ❖ Fotocopias de historias narradas.
- ❖ Manual de prevención de las ITS.

Se aplicó el mismo cuestionario a los 2 meses de realizada la intervención educativa.

#### **4.8. Análisis Estadístico:**

La información fue recolectada en el cuestionario (Anexo II), con la misma se elaboró la base de datos en el programa SPSS 15.0 para windows.

Se realizó contraste de hipótesis Preintervención y Posintervención por medio de la prueba T para muestras dependientes de conocimientos, actitudes y prácticas.

La escala de autoeficacia fue analizada tomando en cuenta el nivel de seguridad de muy seguro o totalmente seguro de la misma; aplicando la prueba Chi-cuadrado.

Se aplicó además la prueba Chi-cuadrado para el instrumento de conocimientos, actitudes y prácticas.

Los cuadros y gráficos se realizaron en el programa Excel.

**4.9. Normas éticas:** Se guardó cuidado en el procedimiento ético, solicitando a los estudiantes que llenaran el documento de consentimiento informado. (Anexo III)

#### **4.10. Recursos humanos y técnicos:**

##### **4.10.1 Recursos Materiales**

Establecimiento – área de estudio: Facultad de Artes de la “Universidad de Cuenca”.

Formularios para recolección de datos.

Las charlas se expusieron con la ayuda del computador y un proyector infocus para las presentaciones en Power-Point.

Videos descargados de internet.

Fotocopias de historias narradas.

Recursos Bibliográficos

- Libros
- Internet
- Publicaciones
- Historias Narradas

##### **4.10.2 Recursos Humanos**

Se contó con el permiso y la colaboración correspondiente de la Facultad de Artes de la Escuela de Diseño Comunes, previa una solicitud realizada en el mes de Mayo.

Recursos humanos:

- Director de tesis
- Estudiantes Universitarios
- Investigadores.

## **CAPÍTULO V**

### **5. RESULTADOS**

#### **5.1 Cumplimiento del tamaño de la muestra.**

El estudio se realizó en 66 estudiantes de la Facultad de Artes de la Escuela de Diseño comunes de la Universidad de Cuenca que constituyó el grupo de intervención.

#### **5.2 Tabla Base**

Se elaboró una tabla base del grupo tomando en cuenta las variables demográficas incluidas en la tabla N° 1.

La mayoría de los estudiantes intervenidos se encontraron en el grupo de edad entre 20 a 25 años, con mayor frecuencia del género masculino, en cuanto al estado civil la mayoría estaba representada por los solteros, con un porcentaje mínimo se encontraron personas casadas. En relación a la religión, una mayor proporción se encontró a los católicos, y la mayor cantidad de estudiantes residen en la zona urbana. (Ver Cuadro N1)

**Cuadro N° 1**  
**Distribución de 66 Estudiantes de la Facultad de Artes de la Escuela de**  
**Diseño Comunes de la Universidad de Cuenca según variables**  
**demográficas.**  
**Cuenca, 2009.**

VARIABLE	FRECUENCIA	%
<b>EDAD</b>		
20 – 25	54	81.8
26 - 38	12	18.2
Total	66	100
<b>GENERO</b>		
Femenino	22	33.3
Masculino	44	66.7
Total	66	100
<b>RELIGION</b>		
Católica	44	66.7
Evangélica	6	9.1
Otros	16	24.2
Total	66	100
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero	61	92,4
Casado	4	6,1
Viudo	0	0,0
Unión libre	1	1,5
Total	66	100
<b>PROCEDENCIA</b>		
Urbano	54	89,4
Rural	12	10,6
Total	66	100

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

### 5.3. Resultados antes y después de la intervención educativa:

#### 5.3.1. Resultados antes y después de la intervención promedio de proporciones.

En conocimientos después de la intervención se logró un incremento 16 %, en actitudes se logró un incremento de 8 %, y en prácticas se observó una disminución de 4 % lo cual es positivo, debido a que el puntaje mayor en prácticas se relaciona con prácticas negativas. (Ver Cuadro N2).

**Cuadro N° 2**

**Promedio de proporciones de conocimientos, actitudes y prácticas de los Estudiantes de la Facultad de Artes, Escuela de Diseño Comunes de la Universidad de Cuenca antes y después de la intervención educativa Cuenca, 2009.**

	Pre-intervención	Post-intervención
<b>Conocimientos</b>	42%	58%
<b>Actitudes</b>	46%	54%
<b>Prácticas</b>	52%	48%

**Fuente:** Formulario de la investigación.

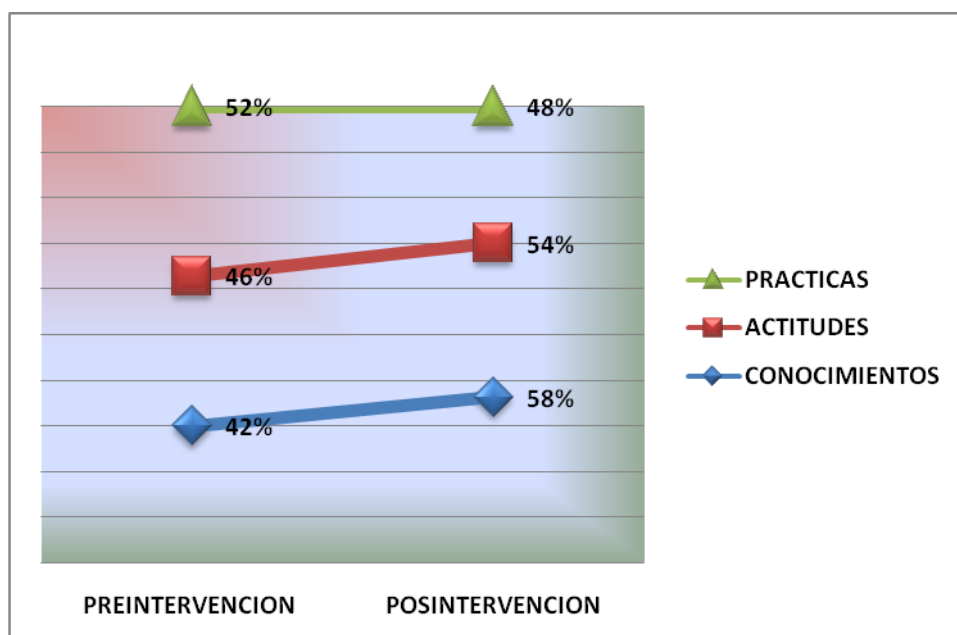
**Elaboración:** Los autores.

En el grafico N° 1 se observan las modificaciones en conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención educativa.

**Grafico N° 1**

**Promedio de proporciones de conocimientos, actitudes y prácticas de los Estudiantes de la Facultad de Artes, Escuela de Diseño Comunes de la Universidad de Cuenca antes y después de la intervención educativa.**

**Cuenca, 2009**



**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

#### **5.4. Promedio de edad de inicio de la actividad sexual y rotación de parejas.**

##### **Prueba T de Student para muestras dependientes.**

La media de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de  $16,9 \pm 2,3$  para los estudiantes de la Facultad de Artes Escuela de Diseño Comunes.

En cuanto al número de personas con las que tuvieron relaciones sexuales, en los 3 últimos meses fue de  $1,7 \pm 1,3$  en la encuesta realizada antes de la intervención educativa, mientras que la media en la post-intervención fue de  $0,9 \pm 0,6$ , la diferencia de medias da un valor de  $p = 0,004$  que es significativo.



## **5.5. Conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención.**

### **Prueba T de Student para muestras dependientes.**

#### **Clave de calificación:**

##### Variables de conocimiento:

Buena cuando los puntos alcanzados entre 8 y 11 puntos.

Regular entre 7.9 y 5 puntos.

Mala por debajo de 5 puntos.

##### Variables de actitudes:

Buena: entre 6 y 10 puntos.

Regular entre 5.9 y 3 puntos.

Mala por debajo de 3 puntos.

##### Variables de prácticas:

Buena de 0 a 4 puntos.

Regular de 5 a 6.9 puntos.

Mala de 7 a 10 puntos.

### **Variables de conocimientos:**

En relación a las variables de conocimiento, los Promedios de los Conocimientos acerca de: las Infecciones de Transmisión Sexual(Pregunta 7), Formas de Transmisión( Pregunta 8), Manifestaciones(Pregunta 9) y Curación de estas infecciones (Pregunta 10) se incrementaron de forma significativa.

En la variable sobre reconocer cuales son ITS, se obtuvo la calificación regular antes de la intervención y después de la intervención la puntuación fue buena.

Sobre la forma de transmisión la calificación que se observó antes y después de la intervención fue buena.

Sobre las manifestaciones de las ITS y la curación o no de las ITS, se presentó una puntuación antes de la intervención de mala, y después de la intervención fue regular. (Ver Cuadro N3)

### **Cuadro N° 3**

**Conocimientos de los estudiantes de la Facultad de Artes, Escuela de Diseño Comunes de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención. Cuenca, 2009**

	PREINTERVENCIÓN $\bar{x} \pm DS$	POSTINTERVENCIÓN $\bar{x} \pm DS$	VALOR DE P
<b>Pregunta 07</b>	6,2 $\pm$ 1,9	8,8 $\pm$ 1,3	0,0001
<b>Pregunta 08</b>	8,6 $\pm$ 2,3	10,2 $\pm$ 1,7	0,0001
<b>Pregunta 09</b>	4,5 $\pm$ 2,6	6,7 $\pm$ 1,7	0,0001
<b>Pregunta 10</b>	5,1 $\pm$ 3,1	7,8 $\pm$ 1,9	0,0001

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

### **Variables de Actitudes:**

La calificación antes y después de la intervención fue buena para todas las preguntas de esta sección. (Ver Cuadro N4)

Los Promedios de las Actitudes acerca de: Recomendaciones a dónde acudir para recibir atención médica (Pregunta 11), Actitud que realizara frente a un amigo que tiene ITS (pregunta 12) Consejos a un amigo para no infectarse de una ITS (pregunta 13), Sugerencias a un amigo que tiene relaciones sexuales con desconocidos (Pregunta 14), se observó que se incrementaron significativamente de acuerdo al chi cuadrado de Pearson.

En la variable sobre a donde le recomendaría acudir a un amigo con ITS tuvo una puntuación de regular antes de la intervención y después de la intervención la puntuación fue de buena

En las variables sobre cual seria la actitud frente a un amigo con ITS, que le aconsejaría para no infectarse con ITS, y que sugerencia se daría a una persona que tiene relaciones sexuales con desconocidos tuvieron una puntuación de buena antes y después de la intervención

#### **Cuadro N° 4**

**Actitudes de los estudiantes de la Facultad de Artes, Escuela de Diseño Comunes Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención Cuenca, 2009**

	Preintervención $\bar{x} \pm DS$	Postintervención $\bar{x} \pm DS$	Valor de P
<b>Pregunta 11</b>	5,7 $\pm$ 2,36	7,2 $\pm$ 2,1	0,001
<b>Pregunta 12</b>	7,8 $\pm$ 2,7	8,8 $\pm$ 2,1	0,006
<b>Pregunta 13</b>	6,1 $\pm$ 2,4	7,3 $\pm$ 1,3	0,001
<b>Pregunta 14</b>	7,0 $\pm$ 2,7	8,4 $\pm$ 1,8	0,000

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

### **Variables de Prácticas**

Las prácticas en general no demostraron diferencias significativas, a excepción de la variable si Conversa con su pareja sobre estas infecciones (Pregunta 21) Uso del Condón en las Relaciones Habituales de Pareja (Pregunta 23) Uso del Condón en Relaciones Fortuitas (Pregunta 26) en la cuales se observó una diferencia significativa  $p < 0,05$ .

La calificación antes y después de la intervención fue buena para las preguntas 18, 19, 20, 21, 22 y 25, mientras que en las preguntas 23 y 26 se encontró una puntuación regular. (Ver Cuadro N5)

#### **Cuadro N° 5**

**Prácticas de los estudiantes de la Facultad de Artes, Escuela de Diseño Comunes de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención Cuenca, 2009**

	Preintervención $\chi \pm DS$	Postintervención $\chi \pm DS$	Valor de P
<b>Pregunta 18</b>	<b>3,6<math>\pm</math>3,1</b>	<b>3,7<math>\pm</math>3,3</b>	<b>0,742</b>
<b>Pregunta 19</b>	<b>4,3<math>\pm</math>3,1</b>	<b>4,1<math>\pm</math>2,8</b>	<b>0,113</b>
<b>Pregunta 20</b>	<b>0,1<math>\pm</math>1,2</b>	<b>0,4<math>\pm</math>2,1</b>	<b>0,321</b>
<b>Pregunta 21</b>	<b>6,0<math>\pm</math>4,9</b>	<b>4,4<math>\pm</math>5,0</b>	<b>0,007</b>
<b>Pregunta 22</b>	<b>4,1<math>\pm</math>4,9</b>	<b>4,1<math>\pm</math>4,9</b>	<b>1,00</b>
<b>Pregunta 23</b>	<b>5,7<math>\pm</math>1,3</b>	<b>5,4<math>\pm</math>1,3</b>	<b>0,01</b>
<b>Pregunta 25</b>	<b>3,9<math>\pm</math>4,9</b>	<b>3,9<math>\pm</math>4,9</b>	<b>0,06</b>
<b>Pregunta 26</b>	<b>6,2<math>\pm</math>2,3</b>	<b>5,3<math>\pm</math>1,9</b>	<b>0,006</b>

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

### **PORCENTAJE DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.**

En cuanto a conocimientos de las infecciones de transmisión sexual se observa que se elevaron tanto los porcentajes en condilomas, herpes, sífilis, gonorrea, tricomonas y clamidiasis mientras que el porcentaje sobre conocimiento de SIDA se mantuvo igual antes y después de la intervención y se observa que se elevó los conocimientos en si son curables las ITS en herpes, sífilis, gonorrea, tricomoniasis y clamidiasis (Ver tabla)

**Cuadro N° 6**  
**Conocimientos de los estudiantes de la Facultad de Artes, Escuela de Diseño Comunes**  
**de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención.**  
**Cuenca, 2009**

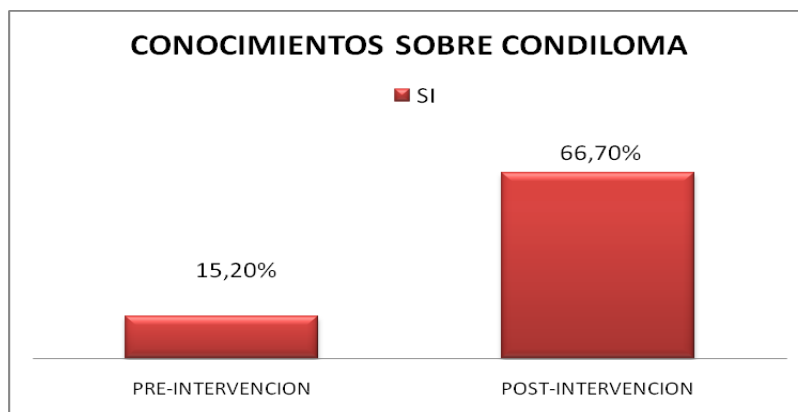
PREGUNTA	Pre-intervención N° = 66      %		Pos-intervención N° = 66      %		VALOR P
Condiloma	10	15,2	44	66,7	0,0001
Herpes	56	84,8	65	98,5	0,005
Sífilis	51	77,3	65	98,5	0,0001
Sida	66	100,0	66	100,0	
Gonorrrea	49	74,2	65	98,5	0,0001
Tricomoniasis	11	16,7	49	74,2	0,0001
Clamidiasis	5	7,6	40	60,6	0,0001
Otras	2	3,0	2	3,0	1,000
Con penetración	52	78,8	57	86,4	0,251
Sin penetración	58	87,9	64	97,0	0,048
Transfusión	54	81,8	63	95,5	0,014
Madre infectada	49	74,2	63	95,5	0,001
Beso o sudor	15	22,7	1	1,5	0,0001
Otro	2	3,0	2	3,0	1,000
Vientre bajo	17	25,8	30	45,5	0,043
Secreción	49	74,2	64	97,0	0,0001
Verrugas	40	60,6	62	93,9	0,0001
Manchas	35	53,00	49	74,2	0,017
Inflamación	33	50,0	51	77,3	0,001
Otro	12	18,2	19	28,8	0,151
Sífilis	50	75,8	64	97,0	0,0001
Condiloma	30	45,5	45	68,2	0,008
Blenorragia	45	68,2	59	89,4	0,003
Clamidiasis	30	45,5	49	74,2	0,001
Sida	5	7,6	4	6,3	0,766
Tricomoniasis	20	30,3	46	69,7	0,0001

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

## CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Grafico N°2

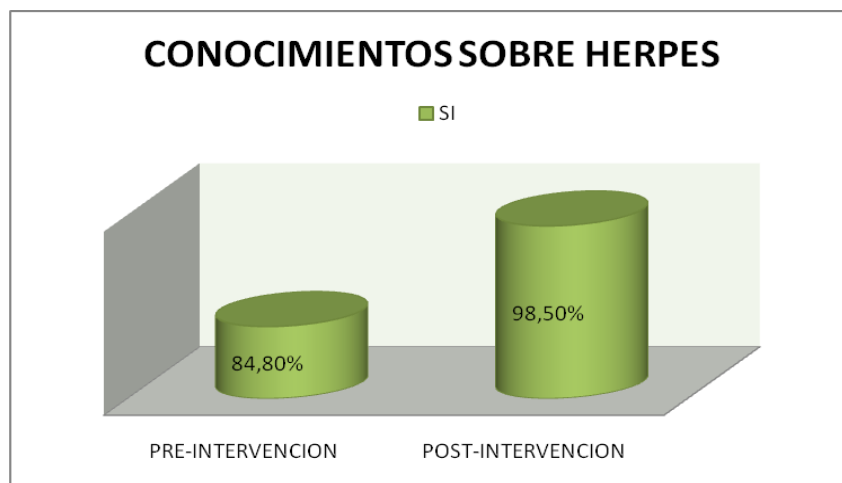


**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio de Condiloma varían en la Pre-intervención(15,20%) a la Post-intervención(66,70%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05(0,0001)$ , de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

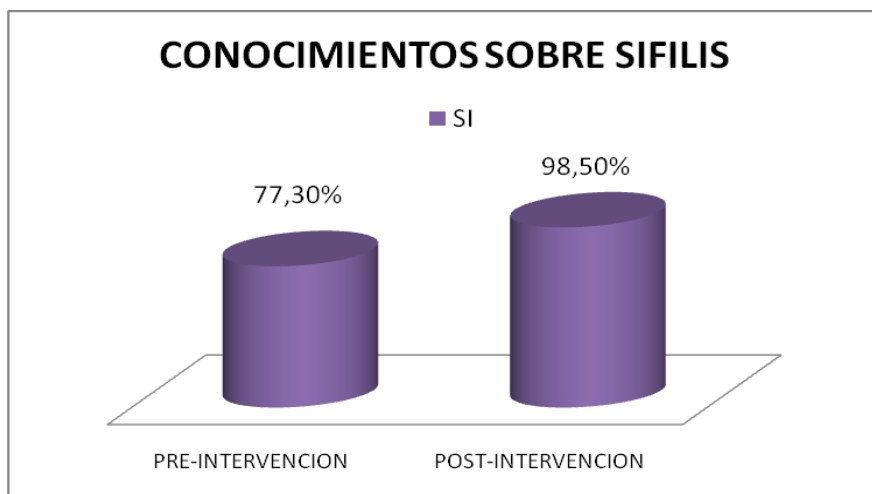
Grafico N° 3



**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

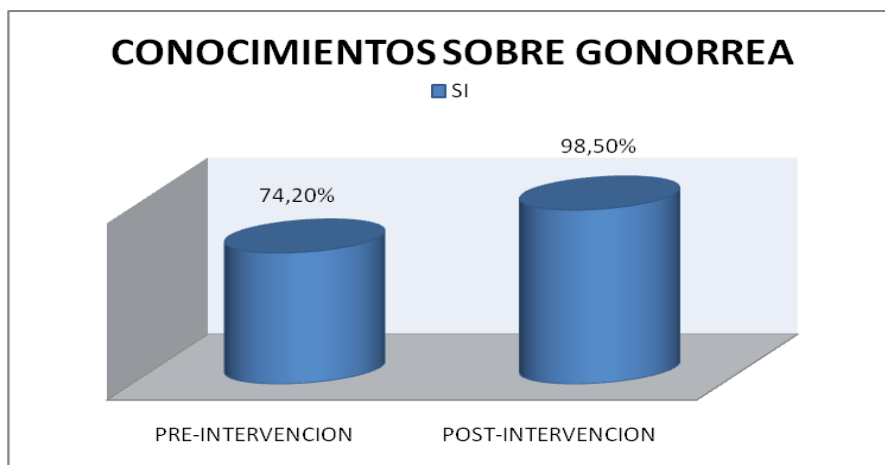
Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre Herpes varían en la Pre-intervención(84,80%) a la Post-intervención(98,50%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05(0,005)$ , de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

**Grafico N°4**

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre Sífilis varían en la Pre-intervención(77,30%) a la Post-intervención(98,50%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05$  (0,0001), de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

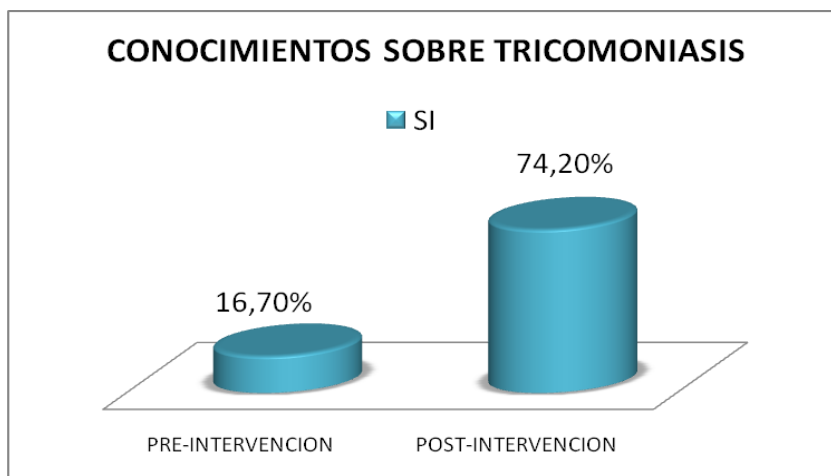
**Grafico N° 5**

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre Gonorrea varían en la Pre-intervención(74,20%) a la Post-intervención(98,50%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05$  (0,0001), de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

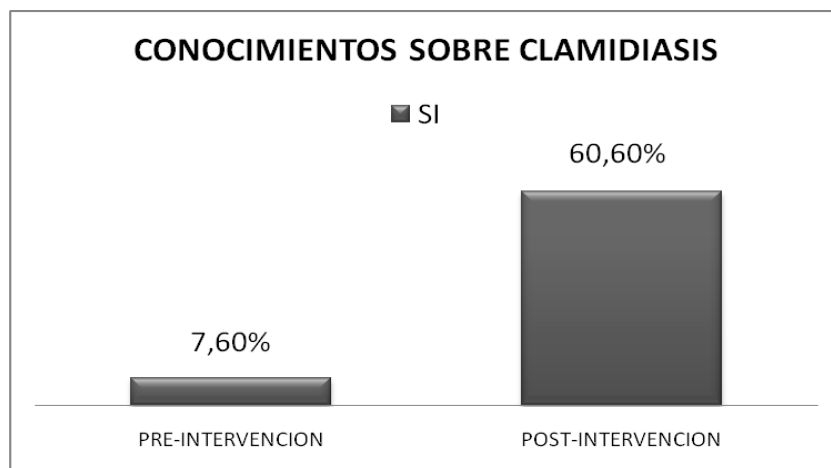


**Grafico N° 6**

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre Tricomoniasis varían en la Pre-intervención(16,70%) a la Post-intervención(74,20%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05$  (0,0001), de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

**Grafico N° 7**

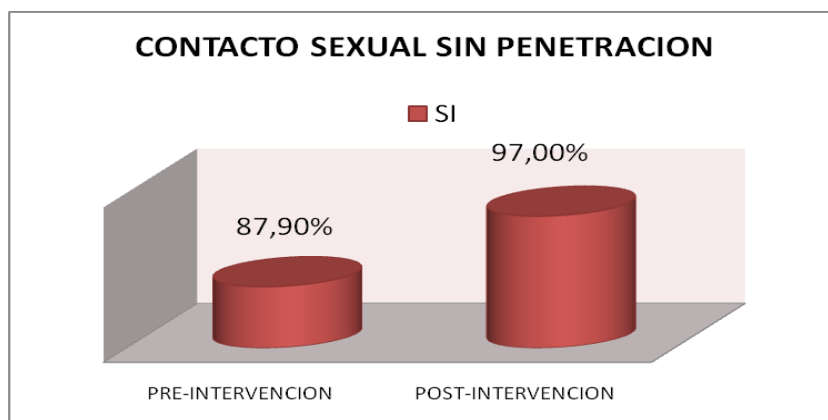
**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre Clamidiasis varían en la Pre-intervención(11,10%) a la Post-intervención(88,9%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05$ (0,0001), de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

## ¿CÓMO SE TRANSMITEN LAS ITS?

Grafico N° 8

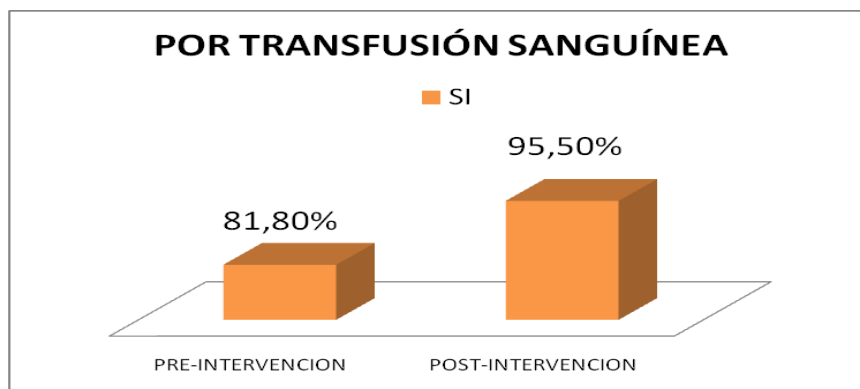


**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si las Infecciones de Transmisión Sexual se transmiten por Contacto Sexual sin penetración varían en la Pre-intervención(87,90%) a la Post-intervención(97%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05$  (0,048), de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

Grafico N° 9

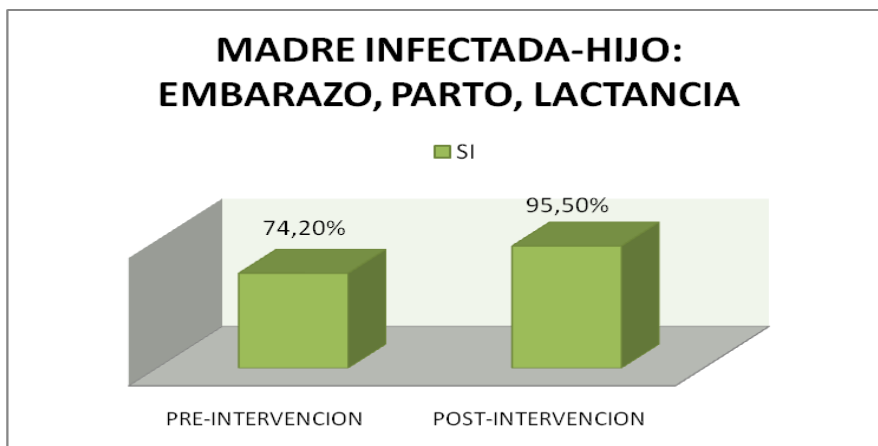


**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si las Infecciones de Transmisión Sexual se transmiten por Transfusión sanguínea varían en la Pre-intervención (81,80%) a la Post-intervención (95,50%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05$  (0,014), de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

Grafico N° 10

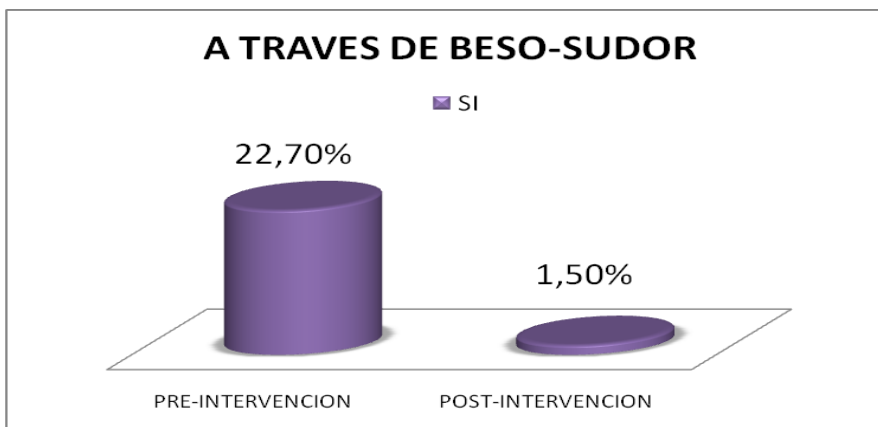


**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si las Infecciones de Transmisión Sexual se transmiten de Madre infectada a Hijo durante el embarazo, parto, lactancia varían en la Pre-intervención(74,20%) a la Post-intervención (95,50%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05(0,001)$ , de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

Grafico N° 11



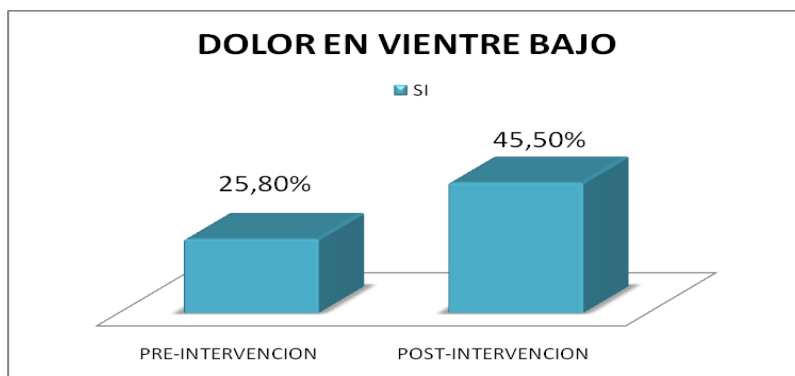
**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si las Infecciones de Transmisión Sexual se transmiten por a través de beso o sudor varían en la Pre-intervención (22,70%) a la Post-intervención (1,50%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05(0,0001)$ , de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

## ¿CÓMO SE MANIFIESTAN LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

Grafico N° 12

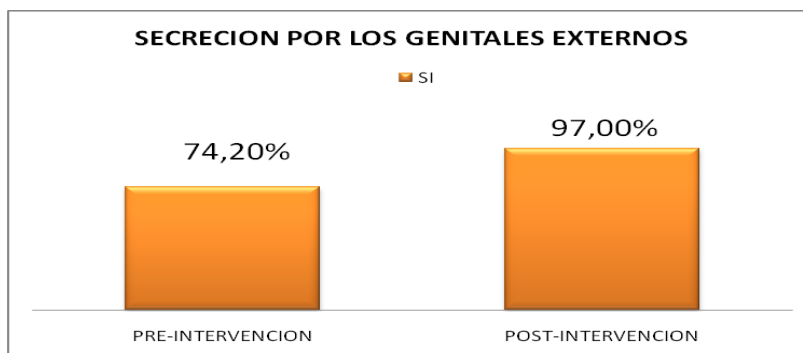


**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si las Infecciones de Transmisión Sexual se manifiestan con Dolor en vientre bajo varían en la Pre-intervención(25,80%) a la Post-intervención(45,50%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05(0,043)$ , de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

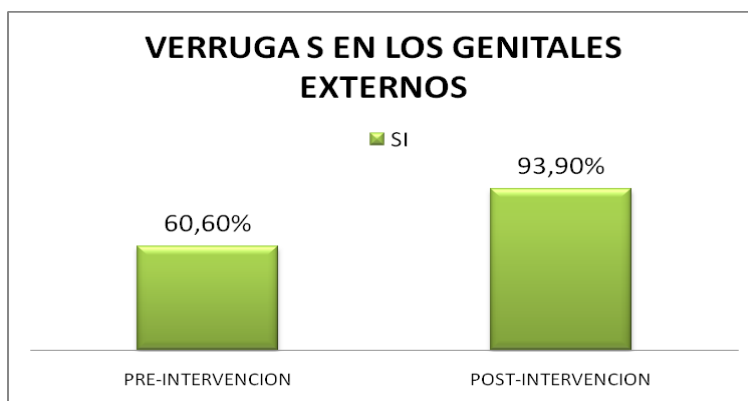
Grafico N° 13



**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

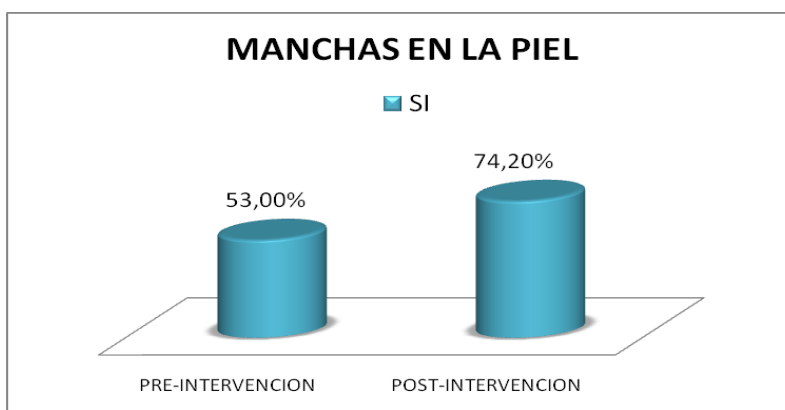
Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si las Infecciones de Transmisión Sexual se manifiestan con Secreción por los genitales externos varían en la Pre-intervención(74,2%) a la Post-intervención(97%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05(0,0001)$ , de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

**Grafico N° 14**

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si las Infecciones de Transmisión Sexual se manifiestan con Verrugas en los genitales externos varían en la Pre-intervención(60,60%) a la Post-intervención(93,90%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05(0,0001)$ , de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

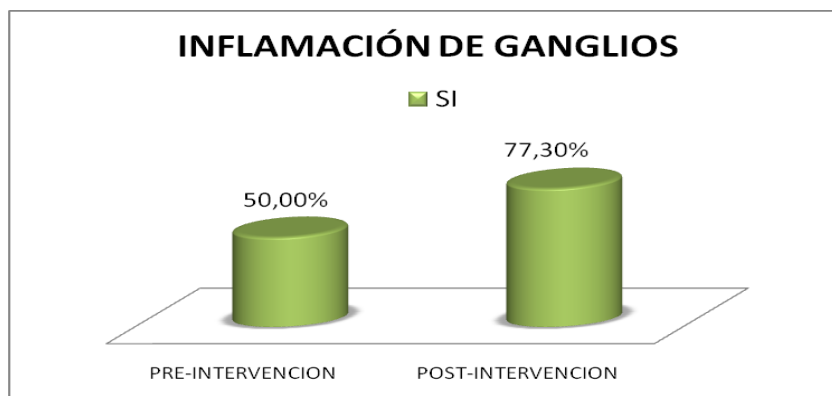
**Grafico N° 15**

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si las Infecciones de Transmisión Sexual se manifiestan con Manchas en la piel varían en la Pre-intervención(53%) a la Post-intervención(74,20%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05(0,017)$ , de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

Grafico N° 16



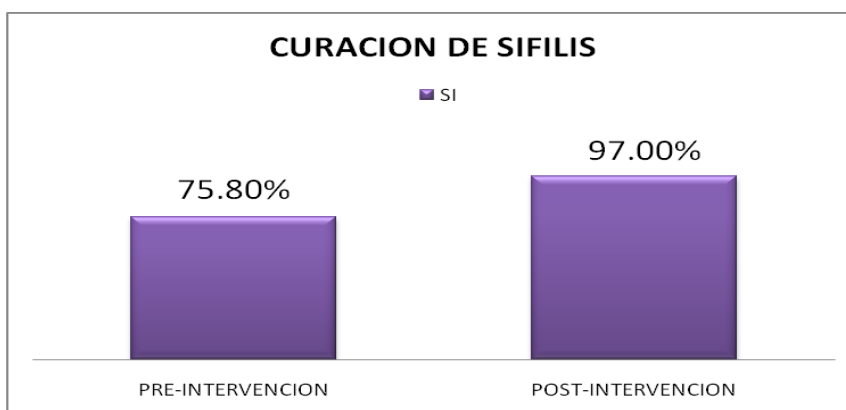
**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si las Infecciones de Transmisión Sexual se manifiestan con Inflamación de ganglios varían en la Pre-intervención (50%) a la Post-intervención(77,30%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05(0,001)$ , de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

## ¿SON CURABLES LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

Grafico N° 17

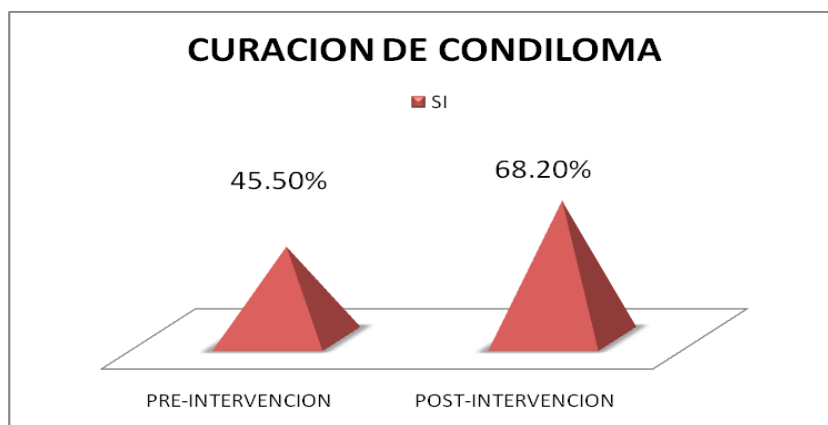


**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si el Sífilis es curable varían en la Pre-intervención (75,80%) a la Post-intervención(97,00%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05(0,0001)$ , de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

Grafico N° 18

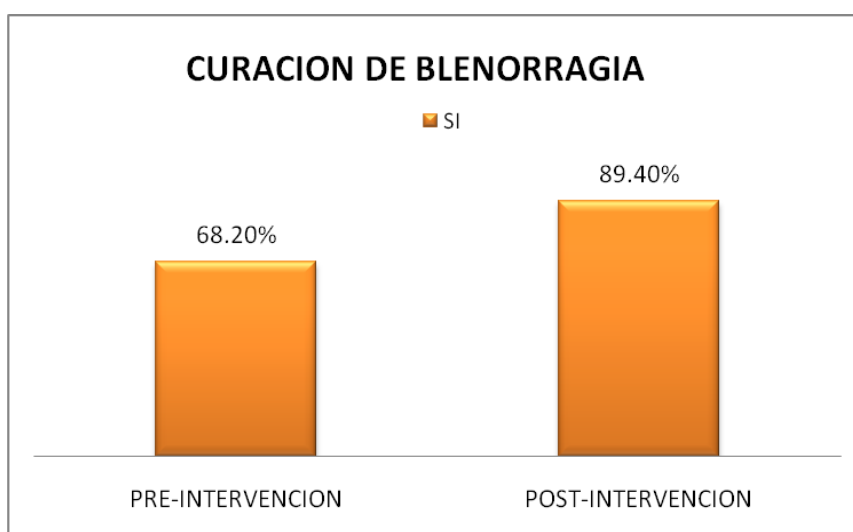


**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si el Condiloma es curable varían en la Pre-intervención (45,5%) a la Post-intervención (68,2%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de P es  $< 0.05$  (0,008), de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

Grafico N° 19

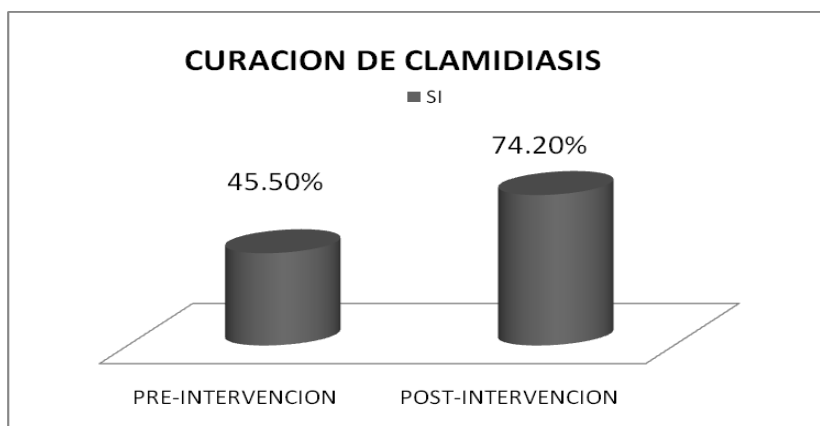


**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si el Blenorragia es curable varían en la Pre-intervención (68,2%) a la Post-intervención (89,4%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de P es  $< 0.05$  (0,003), de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

Grafico N° 20

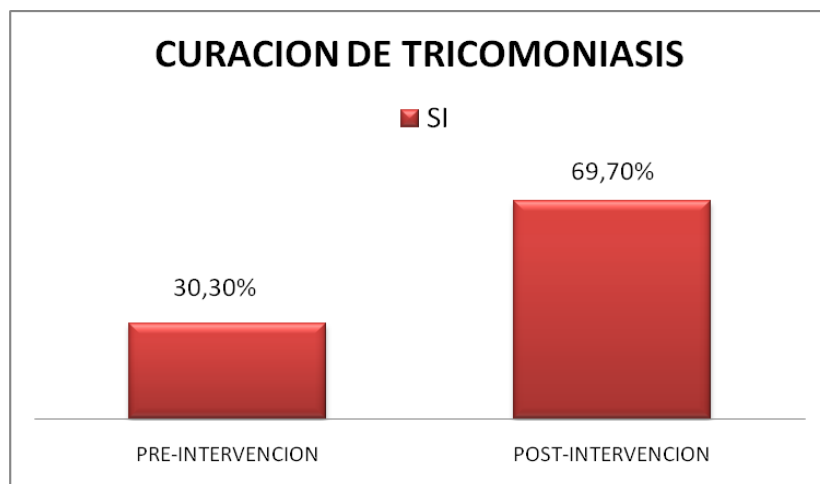


**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si el Clamidiasis es curable varían en la Pre-intervención (45,5%) a la Post-intervención (74,2%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de P es  $< 0.05$  (0,001), de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

Grafico N° 21



**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre los conocimientos que tiene el grupo en estudio sobre si el Tricomoniasis es curable varían en la Pre-intervención (30,30%) a la Post-intervención (69,70%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de P es  $< 0.05$  (0,0001), de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.



Con respecto a las actitudes: mejora la actitud hacia ir al hospital, al médico, conversar con los padres no ir a la farmacia, no acudir a los amigos, ayudar a un amigo con ITS, no alejarse de quien la padece, recomendar que acuda a un médico, incrementa sus conocimientos sobre ITS, fidelidad, uso del preservativo, no tener relaciones con desconocidos. (Ver Cuadro N 7)

### Cuadro N° 7

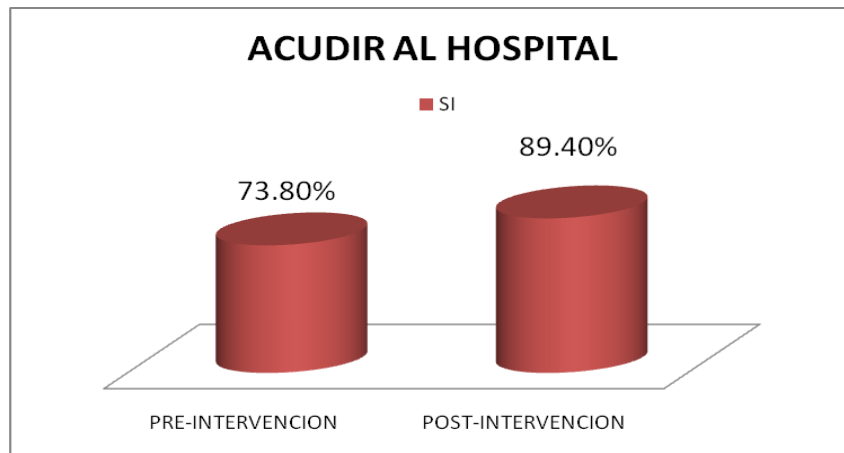
#### ACTITUDES de los estudiantes de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención Cuenca, 2009

PREGUNTA	Pre-intervención		Pos-intervención		VALOR P
	Nº= 66	%	Nº= 66	%	
Hospital	48	73,8	59	89,4	0,021
Médico	38	58,5	50	75,8	0,035
Farmacia	5	7,7	3	4,5	0,452
Amigo	7	10,8	2	3,0	0,080
Padres	42	63,2	47	71,2	0,353
Otro	8	12,1	3	4,5	0,115
Alejarse	4	6,1	2	3,0	0,403
Ayudaría	49	75,4	53	80,3	0,498
Aprendió	3	4,6	0	0,0	0,077
Edad	6	9,2	2	3,0	0,138
Médico	59	89,4	63	95,5	0,188
Conocimientos	54	81,4	61	92,4	0,069
No relaciones	12	18,5	15	22,7	0,546
Fidelidad	47	71,2	65	98,5	0,0001
Escoger	46	69,7	45	68,2	0,851
Condón	58	87,9	63	95,5	0,115
Sin penetración	2	33,3	4	66,7	0,414
Condón	59	89,4	65	98,5	0,029
Lavarse	34	51,5	36	54,5	0,727
Médico	42	63,6	51	77,3	0,086
No con desconocidos	45	68,2	60	90,9	0,001

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

Grafico N° 22

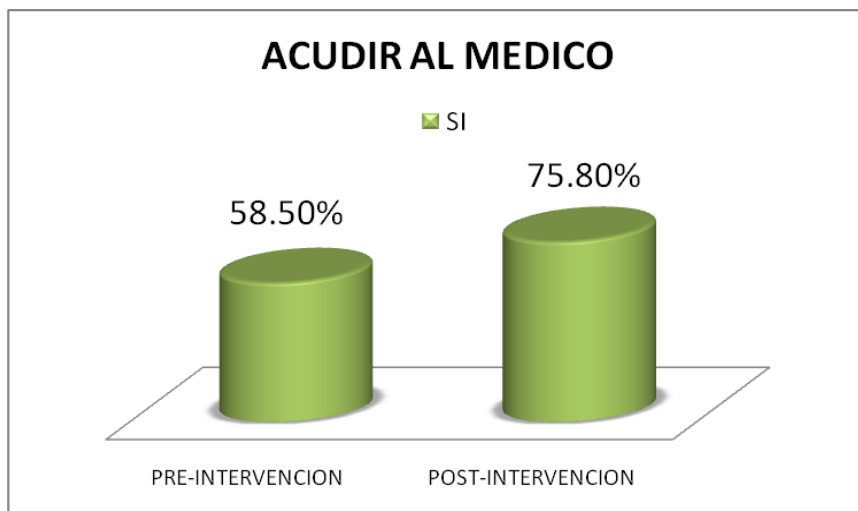


**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre la actitud frente a acudir al hospital varía en la Pre intervención (73,8%) a la Post intervención (89,4%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05$  (0,021), de acuerdo al Chi-Cuadrado de Pearson.

Grafico N° 23

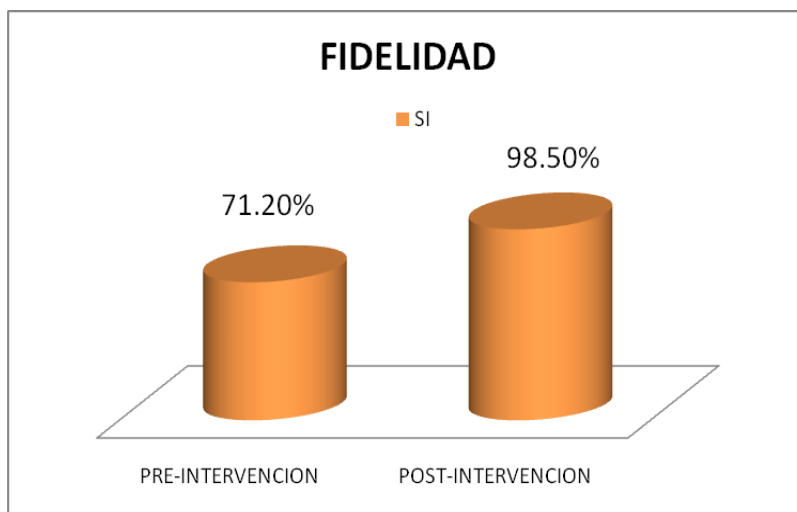


**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre la actitud frente a acudir al médico varía en la Pre intervención (58,5%) a la Post intervención (75,8%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05$  (0,035), de acuerdo al Chi-Cuadrado de Pearson.

Grafico N° 24

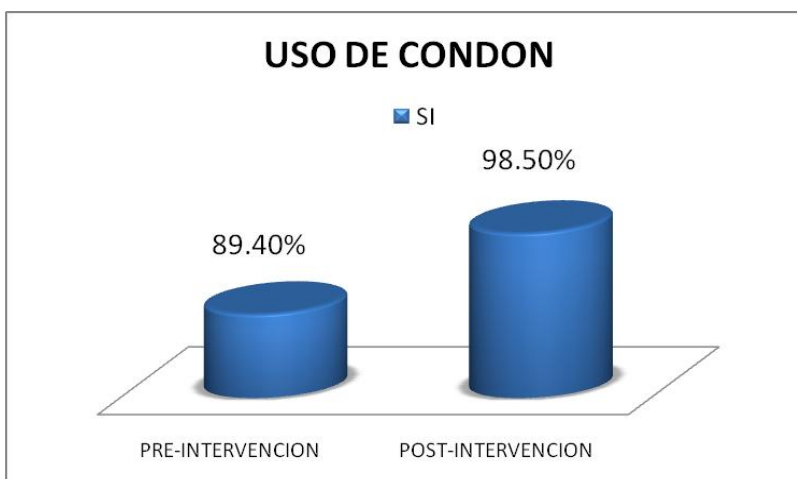


**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre la actitud frente a fidelidad de la pareja varía en la Pre intervención (71,2%) a la Post intervención (98,5%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05$  (0,0001), de acuerdo al Chi-Cuadrado de Pearson.

Grafico N° 25



**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre la actitud frente al uso del condón varía en la Pre intervención (89,4%) a la Post intervención (98,5%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05$  (0,029), de acuerdo al Chi-Cuadrado de Pearson.

Grafico N° 26



**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre la actitud frente al no tener relaciones sexuales con desconocidos varía en la Pre intervención (68,2%) a la Post intervención (90,9%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de P es  $<0.05$  (0,0001), de acuerdo al Chi- Cuadrado de Pearson.

En prácticas mejoró la percepción de uso correcto del preservativo, confianza y conversar con los padres con un porcentaje del 40,9 % en la pre intervención y de un 51,5 % en la pos intervención mientras que el tener relaciones sexuales son desconocidos se mantuvo. (Ver Cuadro N 8)

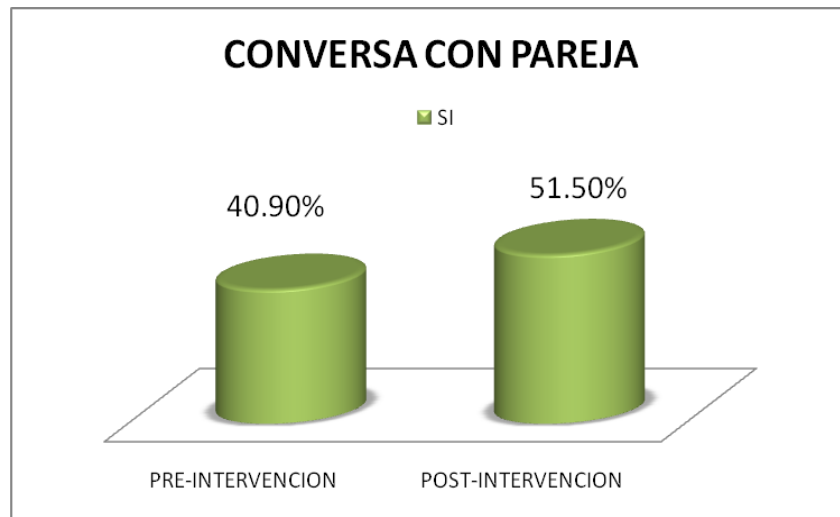
### Cuadro N° 8

#### Prácticas de los estudiantes de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención Cuenca, 2009

PREGUNTA	Pre-intervención		Pos-intervención		VALOR P
	Nº = 66	%	Nº = 66	%	
Mismo sexo	3	4,5	4	6,1	0,608
Sexo contrario	46	69,7	45	68,2	0,465
Ambos sexos	2	3,1	3	4,5	0,592
Sexo oral	22	33,3	19	28,78	0,449
Sexo anal	13	19,7	10	15,1	0,433
Coito genital	46	69,6	44	66,6	0,396
Padeció ITS	1	1,51	1	1,51	0,604
Conversa	27	40,9	34	51,5	0,470
Embriaguez	27	40,9	28	42,4	0,919
Disminuye	16	24,2	12	18,1	0,253
No sé utilizarlo	4	6,1	2	3,4	0,338
Me da pena	9	13,6	8	12,1	0,610
Vergüenza	7	10,6	7	10,6	0,824
Considero	18	27,3	15	22,7	0,354
Desconocidas	25	37,8	25	37,8	0,809

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

**PRACTICAS****Grafico N° 27**

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores

Los valores sobre la modificación de las practicas que tiene el grupo en estudio con relación a si conversa con su pareja varían en la Pre intervención(40,9%) a la Post intervención(51,5%), siendo estadísticamente significativos porque el valor de  $P$  es  $< 0.05(0,007)$ , de acuerdo al Chi-Cuadrado de Pearson.

## 5.6 Escala de autoeficacia para prevenir el SIDA

Se tomó en cuenta la mayor seguridad; es decir muy seguro o totalmente seguro.

### **Subescala A**

La subescala A contiene preguntas que van de la A1 a la pregunta A11; se refieren al nivel de seguridad de decir NO a las relaciones sexuales en diferentes circunstancias.

Antes y después de la intervención encontramos en la pregunta A6 alguien con quien ya ha tenido relaciones sexuales, A7 alguien quien necesita que se enamore de Ud., A10 alguien con quien ha estado utilizando drogas y A11 alguien con quien su nivel de excitación es muy alto un nivel de inseguridad  $p =$  mayor a 0,05 en comparación con el resto de preguntas donde se demostró seguridad en decir No a las relaciones sexuales en cuanto a A1 alguien conocido hace 30 días o menos, A2 alguien cuya historia sexual es desconocida para Ud., A3 alguien cuya historia de drogas es desconocida para Ud., A4 alguien a quien ha tratado con anterioridad, A5 alguien a quien desea tratar de nuevo; A8 alguien que le presiona a tener relaciones sexuales ;A9 alguien con quien ha estado bebiendo alcohol . Sin embargo en las preguntas mencionadas se observó un porcentaje mayor de decir no a las relaciones sexuales en la pos-intervención en relación a la pre-intervención así en la pregunta A6 de un 36,4 % aumento a un 51,5% en la pregunta A7 del 42,4% aumento al 50,0%; en la pregunta A10 del 40,9% aumentó al 56,1% y en la pregunta A11 del 34,8% aumento al 50,0% (Ver Cuadro N 9 )

**Cuadro N° 9**

**Autoeficacia de los estudiantes de la Facultad de Artes, Escuela de Diseño Comunes de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad, subescala A de preguntas, antes y después de la intervención.**

**Cuenca, 2009**

PREGUNTA	Preintervención		Posintervención		VALOR P
	Nº= 66	%	Nº= 66	%	
A1	19	28,8	37	56,1	0,002
A2	24	36,4	43	65,2	0,001
A3	27	40,9	46	69,7	0,001
A4	22	33,3	34	51,5	0,035
A5	26	39,4	38	57,6	0,037
A6	24	36,4	34	51,5	0,079
A7	28	42,4	33	50,0	0,383
A8	25	37,9	37	56,1	0,036
A9	23	34,8	38	57,6	0,009
A10	27	40,9	37	56,1	0,082
A11	23	34,8	33	50,0	0,078

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.



### **Subescala B:**

La subescala B consta de 4 preguntas que hacen referencia a la seguridad percibida de preguntar al novio/novia sobre relaciones sexuales anteriores, uso de drogas, experiencia homosexual y discutir sobre el SIDA; en las cuales se encontró una mayor seguridad antes y después de la intervención  $p = \text{menor a } 0,05$  además se observó un aumento en los porcentajes antes y después de la intervención así en B1 Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga de un 60,6% aumento a un 86,4% en B2 Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a de un 71,2% aumentó a un 92,4% ; en B3 Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado de un 62,1% aumentó aun 87,9% y en B4 Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual de un 57,6% aumentó a un 86,4% (Ver Cuadro N10)

#### **Cuadro N° 10**

**Autoeficacia de los estudiantes de la Facultad de Artes, Escuela de Diseño Comunes de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad, subescala B de preguntas, antes y después de la intervención.**

**Cuenca, 2009**

PREGUNTA	Preintervención		Posintervención		VALOR P
	Nº=66	%	Nº=66	%	
B1	40	60,6	57	86,4	0,001
B2	47	71,2	61	92,4	0,002
B3	41	62,1	58	87,9	0,001
B4	38	57,6	57	86,4	0,001

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

### **Subescala C:**

La subescala C de preguntas recoge el nivel de seguridad percibida por los estudiantes en relación a C9 mantener relaciones sexuales con una sola persona por toda la vida , C5 insistir en el uso del condón incluso si su novio /a no prefiere usarlo, así como C6 negarse a tener relaciones sexuales si su pareja no acepta usar condón y C11 platicar con tu papa, en los cuales se encontró una diferencia significativa ; en tanto no se encontró diferencia significativa pero se observó un aumento en los porcentajes en la preintervención y la posintervención con relación a C1 usar el condón cada vez que tenga relaciones sexuales de un 59,1% a un 71,2% ; C7 contar con dinero para comprar preservativos de un 51,5% a un 65,2% ; C2 usar correctamente el condón de un 68,2% a un 77,3% y C3 usar el condón durante el acto sexual después que has estado consumiendo o utilizado alguna droga de un 40,9% a un 50,0% (Ver Cuadro N11)

### **Cuadro No 11**

**Autoeficacia de los estudiantes de la Facultad de Artes, Escuela de Diseño Comunes de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad, subescala C de preguntas, antes y después de la intervención.**

**Cuenca, 2009**

PREGUNTA	Preintervención		Posintervención		VALOR P
	Nº= 66	%	Nº= 66	%	
C1	39	59,1	47	71,2	0,144
C2	45	68,2	51	77,3	0,241
C3	27	40,9	33	50,0	0,294
C4	21	31,8	30	45,5	0,108
C5	29	43,9	48	72,7	0,001
C6	21	31,8	47	71,2	0,001
C7	34	51,5	43	65,2	0,112
C8	36	54,5	52	78,8	0,003
C10	22	33,3	36	54,5	0,014
C11	25	37,9	28	42,4	0,594

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.

## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se realizaron actividades participativas, de interacción y de motivación, todo esto se facilitó por los conocimientos previos los cuales fueron reforzados con historias narradas y se crearon nuevos modelos de referencia para reforzar la autoeficiencia.

En el presente estudio la edad de inicio de relaciones sexuales en los estudiantes fue de  $16,9 \pm 2,3$  años; cifras similares se encuentran en un estudio realizado por Nechí y Schufer en la ciudad de Buenos Aires; con una media de inicio de las relaciones sexuales de 14,9 años  $\pm 1.5$  para los varones (44); El estudio realizado por Caballero R. en México, demuestra que en los adolescentes varones las relaciones sexuales inician a los  $15,6 + 1,7$  (46).

En un estudio realizado en Barranquilla por el Dr. Edgar Navarro, et.al. se observó que en los hombres, el 74.8% y mujeres el 13,5% iniciaron su vida sexual entre los 13 y los 15 años 111 y un estudio realizado en Nicaragua en el año 2005 se observó que la frecuencia fue entre 16 años, con un rango mínimo de 13 años y un máximo de 27 años.(107)

Con relación a la edad de inicio de las relaciones sexuales, de los adolescentes en estudio en la ciudad de Carabobo, Venezuela realizado por Liliana Libreros, et.al., más de la mitad la iniciaron en la adolescencia media (14 a 16 años); ubicándose el promedio aritmético en 15 años. Resultados similares a las investigaciones realizadas en el Salvador, Perú, San Cristóbal y Anzoátegui. (107)

En nuestra investigación la media de número de parejas sexuales en los últimos 3 meses para los estudiantes universitarios fue de  $5,4 \pm 2,3$  en contraste con un estudio realizado en Perú por Montoya y Echavarría en 2003 refleja que los jóvenes que tienen contacto con extranjeros y que se los llama bricheros, un promedio de parejas sexuales en los últimos 12 meses de  $6.3 \pm 9.1$ , con una media de edad de 22,4 años (108). En un estudio realizado por

Ruiz A. et al, en la Universidad de Santiago, encuentra que la mayoría de los estudiantes (74%) había tenido hasta tres parejas sexuales en los últimos seis meses, y el 65% había mantenido relaciones con la misma persona. (113)

El estudio muestra que los estudiantes han tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo 4,5 %; sexo contrario 69,7%; de ambos sexos 3,1% mientras que hay estudios en España por el doctor J.G. Gómez que muestran que los hábitos en las relaciones sexuales manifiestan que en su mayoría tanto hombres como mujeres son heterosexuales, si bien en los hombres hay un 1,8% que dicen tener indistintamente sus relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres, y 0,9% que ocasionalmente las tiene con el mismo sexo. Entre mujeres, también mayoritariamente se declaran heterosexuales y un 2,2% responden que las tienen con hombres y mujeres por igual, 115. En otro estudio realizado en Colombia por el Dr. Herio de Jesús Toledo Vila se observó que el 92% de jóvenes tenían relaciones heterosexuales, 3% homosexuales y 5 % bisexuales. (114)

Con respecto a la pregunta sobre conocimientos sobre Condiloma en nuestro estudio se observó que en la pre-intervención el 15,2% conocía sobre las ITS y en la post intervención esto sube a 66,7% ( $P < 0.05$ ) en contraste con un estudio realizado por el Dr. Norberto Torriente Barzaga, et.al., en Habana Cuba en 2008 en la que el 8% de estudiantes tenían conocimientos sobre esta enfermedad. (115)

En cuanto a conocimientos de Herpes en este estudio fue de 84,8%; luego de la intervención subió a 98,5% ( $P < 0.05$ ), en discrepancia con un estudio realizado en Cuba por el Dr. Norberto Torriente Barzaga, et.al., revela que el 11% conocen el Herpes. (115)

Con respecto a los conocimientos sobre sífilis en nuestro estudio se observó que en la pre-intervención el 77,3 % conocía sobre esta enfermedad y en la post intervención 98,5% ( $P < 0.05$ ). Mostrando divergencia con un estudio realizado en La Habana Cuba en el año 2008 por el Dr. Norberto Torriente

Barzaga, et.al., la sífilis se encontraba entre las ITS más conocidas, en un 78%. (109)

En el presente estudio se observó en la pre intervención el 100% conoce acerca del SIDA, manteniéndose este porcentaje en la post-intervención. En un estudio realizado en Cuba por el Dr. Norberto Torriente Barzaga, et.al., el SIDA fue la ITS más conocida, encontrándose en un 96,5%.

Observamos que el 74,2 % de jóvenes de nuestro estudio tenía conocimientos sobre gonorrea en la pre-intervención lo cual cambió al 98,5 % en la post intervención ( $P < 0.05$ ), a diferencia de una investigación realizada por el Dr. Norberto Torriente Barzaga, et.al., el conocimiento de la Gonorrea se encontraba en un 89%. (109)

Con respecto a la pregunta sobre conocimientos sobre tricomoniasis en nuestro estudio se observó que en la pre intervención el 16,7 % conocía sobre las ITS y en la post intervención esto subió al 74,2% ( $P < 0.05$ ), en comparación con un estudio realizado por el Dr. Norberto Torriente Barzaga, et.al., en La Habana, Cuba en el año 2008 el 5% conocía sobre tricomoniasis.

Sobre conocimientos de Clamidiasis en nuestro estudio se observó que en la pre- intervención el 7,6% conocía esta enfermedad y en la post-intervención esto subió al 60,6%. En un estudio realizado en Córdoba, España, por JA Gascón Jiménez, et. al., el 75% desconoce las infecciones por Chlamydia. (2). En un estudio realizado por el Dr. Norberto Torriente Barzaga, et.al., en La Habana, Cuba en el año 2008 el 1,5% conocía sobre clamidiasis. (109)

En el presente estudio se observó que en la pre intervención 87,9% piensa que las ITS se transmiten por contacto sexual sin penetración, después de la intervención esto cambia al 97%. En un estudio realizado en Barranquilla en el año 2003 por Edgar Navarro L., et.al., el mecanismo de transmisión más frecuente es la vía sexual, el cual representa 70 % de los casos notificados,

situación que refleja un inicio de vida sexual a muy temprana edad sin ninguna medida preventiva (110).

En nuestro estudio se observó que en la pre-intervención el 81,8% conoce que las ITS se transmiten por transfusiones de sangre y en la post intervención esto ascendió al 95,5 %. En un estudio realizado España por JA Gascón Jiménez, et. Al., en España, al analizar las respuestas a los posibles mecanismos para la transmisión del sida, encontramos que el 55,5% cree que el sida se puede contraer donando sangre. (111)

En la presente investigación 74,2% de los encuestados conocen que las ITS pueden transmitirse de una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia, esto cambia al 95,5%.

En un estudio realizado por la UNICEF en Dajavon y Wanament un 88.7 % de los entrevistados piensa que una mujer embarazada puede infectar a su bebé y un 87.9 por ciento cree que el virus se transmite de madre a hijo(a) a través de la leche materna. (112)

Observamos que el 22,7 % de los estudiantes piensan que las ITS pueden transmitirse a través del beso o sudor, esto varió después de la intervención al 1,5%. En un estudio realizado en Córdoba, España por JA Gascón Jiménez, et. al., al analizar las respuestas a los posibles mecanismos para la transmisión del sida, encontramos que el 10,5 % cree que el sida se puede contraer al dar besos en la boca. (111) El 51.5% de las encuestadas en un estudio en Nicaragua en el año 2005 por la Dra. Ana Cristian Meléndez Darce tienen la creencia que el VIH/SIDA, se puede trasmitir por besar a una persona infectada. (112)

Los hallazgos en este estudio revelan que los estudiantes reconocen antes de la intervención al Dolor en vientre bajo, Secreción por los genitales externos, Verrugas en los genitales externos, Manchas en la piel, Inflamación de ganglios en el 25,8%, 74,2%, 60,6%, 53,00% y 50,0% respectivamente.

Después de la intervención el conocimiento sube a 45,5%, 97,0%, 93,9% y 74,2% y 77,3% en el mismo orden ( $P < 0,05$ ). Velázquez A., encontró que el 18,8 % de los adolescentes reconocían la presencia de secreción por los genitales externos antes de la intervención y después subió a 36,5 %.(113). En un estudio realizado en Nicaragua en el año 2005 por la Dra. Ana Cristian Meléndez Darce en cuanto al conocimiento de las ITS, el 37,6% no conoce ningún síntoma en la mujer y el 84,8% no conoce ningún síntoma en el hombre. En las Mujeres en edad fértil que han tenido relaciones sexuales, en los últimos 3 meses presentaron flujo vaginal el 61,9%. En las mujeres que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses el 7,9% presentaron llagas o granos en área genital. (114)

En un estudio realizado por Mayra Morejón Méndez la secreción por el pene cuyas respuestas positivas se incrementaron del 83% al 97.9%. Las úlceras o lesiones genitales (del 59.6% al 89.6%). (115)

Macchi MI et al. detectó que cerca del 4% de los jóvenes considera que el SIDA tiene cura. (44). Sobre el conocimiento de la curación de las ITS, los hallazgos en nuestro estudio revelan que los estudiantes reconocen antes de la intervención al Sífilis, Condiloma, Gonorrea, Clamidia y Tricomoniasis en el 43,9%, 40%, 43,30%, 38% y 30,30% respectivamente. Después de la intervención el conocimiento sube a 56,10%, 60%, 56,70% ,62% y 69,70% en el mismo orden ( $P < 0,05$ ).

En nuestro estudio sobre la actitud frente a fidelidad de la pareja varía en la Pre-intervención 71,2% a la Post-intervención 98,5%, ( $P < 0.05$ ). Tener una sola pareja sexual fue considerado como la mejor forma de prevenir la transmisión de ITS (56.5%) en un estudio realizado por Janeth Mosquera, et.al. en Cali. (115)

En un estudio realizado por Olga Molina Achécar de UNICEF en cuanto al conocimiento de como protegerse para no contraer el VIH/SIDA por medio de las relaciones sexuales, el 87.6% dijo que teniendo parejas que sean fieles. (112)

Los porcentajes sobre la actitud frente a no tener relaciones sexuales con desconocidos varía en la Pre-intervención 68,2 a la Post-intervención 90.9%, ( $P < 0.05$ ). En un estudio realizado por Mayra Morejón Méndez se puede apreciar en general, la evolución de las distintas formas de evitar ITS se muestra un salto positivo, en el sentido de incremento de respuestas positivas hacia verdaderas formas de evitar: Entre ellas mantener pareja estable (de 66.7% a 83.3%) y evitar la promiscuidad (de 35.4% al 75%). (115).

En cuanto a las prácticas de los universitarios, los hallazgos encontrados en este estudio revelan un incremento significativo en la intención de conversar con su pareja de las ITS del 40,9% al 51,5% ( $P < 0.05$ ). López Nahyr et al. encontró que el 91% de los jóvenes consideran favorable hablar con la pareja sobre estas infecciones y el 4% consideran que esto no debe hacerse. (116)

Aplicando la escala de autoeficacia en el presente estudio, los cambios no fueron significativos debido a que la seguridad por parte de los estudiantes fue alta antes y después de la intervención. Freire E, en su estudio realizado en los conscriptos, demostró que el grupo intervenido mejoró la percepción para las subescalas A, B y C de la prevención del SIDA, con mayor nivel de seguridad para la percepción del uso del preservativo, confianza con los padres y fidelidad. (117)

En un estudio realizado por Olga Molina Achécar de UNICEF en cuanto al conocimiento de como protegerse para no contraer el VIH/Sida por medio de las relaciones sexuales, el 94.6% dijo que teniendo relaciones sexuales con protección. (117)



## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7. 1 Conclusiones

- La intervención educativa modificó los conocimientos en los estudiantes que participaron
- La intervención educativa produjo una mayor intención de conversar con la pareja sobre estas infecciones y la importancia del uso del condón en relaciones fortuitas aumento de forma significativa., sin embargo algunas prácticas negativas o de riesgo no fueron modificados.
- Las actitudes son difíciles de modificar, y mejoraron en la fidelidad hacia la pareja y a la importancia de no tener relaciones sexuales con desconocidos por la intervención educativa .
- Las prácticas son difíciles de modificar, debido al escaso conocimiento previo sobre ITS adquirido en los colegios y en ciertos hogares sin embargo en algunas variables se observaron diferencias significativas luego de la intervención educativa ,
- En la escala de auto eficacia se obtuvieron cambios significativos en ciertas preguntas y en otra no hubo diferencia significativa, sin embargo en la mayor parte de ellas, se observó un aumento de los porcentajes de la post-intervención en relación a la pre- intervención después de la intervención educativa

## 7.2. Recomendaciones

- Integrar al Curriculum de la Universidad un Modulo sobre Educación Sexual y Reproductiva.
- Fortalecer de inmediato programas de información, educación y prevención, los cuales debe dirigirse a fortalecer la falta de conocimiento sobre educación sexual.
- Necesario la disponibilidad de métodos anticonceptivos en los servicios de salud y el acceso a estos por parte de la población en riesgo para la prevención de ITS y embarazos no planificados.

## CAPITULO VIII

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Weeks J. Sexualidad. México DF: Editorial Paidós Mexicana; 1998.p.21-50. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252008000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000100010)
2. Mueller N. Dermatología Peruana; The epidemiology of HTLV-1 infection. Cancer causes and control. Rapid communications Oxford Ltd. 1991; 2: 37-52.Disponible en:  
C:\Documentsandsttings\Administrador\Escritorio\ITS2\epidemiologia.htm
3. Workosi KA , Berman SM. La sífilis en el paciente con infeccion por VIH; sexually transmited diseases treatment guidelines, 2006, MMWR morbid Wkly Rep 2006 August4 ,55 (RR-11) 1-94  
Disponible en : <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v26n6/art09.pdf>
4. Fingermann Hilda, Guías de Psicología, El Amor de Pareja, 2008. Disponible en: <http://psicologia.laguia2000.com/el-amor/el-amor-de-pareja>
5. ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2008.Disponible en:[http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp)
6. Molina Diana. Sexualidad: Infecciones de Trasmisión Sexual; 2000. Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/libro6/fasc18.htm>



7. Benites Jaime, Infecciones de Trasmisión Sexual, 2004. Disponible en:  
<http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/391.htm>
8. Sánchez A; Diego. El VIH, Sida; 2000, Disponible en:  
<http://www.hoy.com.ec/libro6/fasc18/enfer13.htm>
9. OPS. Perfil de los sistemas De salud, Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Octubre; 2008. Disponible en:  
[http://www.lachealthsys.org/dmdocuments/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Ecuador\\_2008.pdf](http://www.lachealthsys.org/dmdocuments/Perfil_Sistema_Salud-Ecuador_2008.pdf)
10. ONUSIDA. Declaración de compromiso sobre VIH-Sida; 2006.  
Disponible en: [http://www.docstoc.com/docs/11952494/UNAIDS-Country-Progress-Report-Ecuador-2008-\(PDF\)](http://www.docstoc.com/docs/11952494/UNAIDS-Country-Progress-Report-Ecuador-2008-(PDF))
11. Escobar María, ITS en la adolescencia; 2007. Disponible en:  
[http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%20Dra%20%20Escobar%20\(2\).pps](http://www.gineadol.com.ar/Documentos/ITS%20en%20la%20Adolescencia%20Dra%20%20Escobar%20(2).pps)
12. Ministerio de salud pública; Programa nacional de control y prevención del VIH/Sida e ITS. Situación de la epidemia de VIH/Sida en el ecuador. Periodo2002-2008.  
Disponible  
en:[http://www.aebe.com.ec/data/files/noticias/Noticias2008/informe\\_dia\\_mundial\\_sida.pdf](http://www.aebe.com.ec/data/files/noticias/Noticias2008/informe_dia_mundial_sida.pdf)
13. UNAIDS. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Estadísticas de VIH & SIDA en Latinoamérica; 2007.  
Disponible en: <http://www.avert.org/latinoamerica.htm>
14. OMS/FNUAP. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Comunicado de prensa. 2006.  
Disponible en:



- <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>
15. Luque Fernández M., Bauernfeind Ariane, et al, Frecuencia de infecciones de transmisión sexual y factores relacionados en Pweto, República Democrática del Congo; 2004. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213911120080001000006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213911120080001000006&lng=es)
  16. Contreras, Zaravia, et.al. SIDA: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco. Abril-agosto 97, Tomo V N10. Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997\\_n10/sida.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997_n10/sida.htm)
  17. Muñoz Retana Carlos. El virus del papiloma humano. Disponible en :  
<http://www.geosalud.com/VPH/epivph.htm>
  18. Sánchez A, Diego: El libro de la Sexualidad Hoy. Infecciones de Transmisión Sexual. Libro 6, fascículo 18. Edimpres S.A.; 2000.  
Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/libro6/fasc18/enfer18.htm>
  19. Piot, Peter. El Mensaje con motivo del Día Mundial del SIDA; 2007 disponible en:  
<http://www.onusida.org.co/Mensaje%20Dr.%20Peter%20Piot%20con%20motivo%20del%20Día%20Mundial%20del%20Sida.pdf>
  20. Rodríguez, José L., et.al. Un software Multimedia para la prevención del SIDA en adolescentes; 1999. Disponible en:  
<http://greav.net/portal/files/1999/SIDA.pdf>
  21. Yajamin Roberto, Información general del VIH/SIDA e ITS; 2008 Disponible en:  
[www.msp.gov.ec/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=49Itemid=42](http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=49Itemid=42)



22. Caricote Nancy. Prevención de ITS (infecciones de transmisión sexual): Una práctica por la vida; 2008. Disponible en: <http://greav.net/portal/files/1999/SIDA.pdf>
23. AIDS. Sida; 2009. Disponible en: [http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/SpanishGlossary\\_sp.PDF](http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/SpanishGlossary_sp.PDF)
24. Unicef. La infancia y el VIH y SIDA; 2009. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/aids/index.php>
25. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR 2006:55 (No. RR-11) Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/hispanics/>
26. Benites J. Infecciones de Transmisión Sexual; 2004. Disponible en: <http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/391.htm>
27. UNESCO. Consejos para mejorar la educación sexual juvenil; París 2009. Disponible en: <http://www.adn.es/sociedad/20090827/NWS-2220-UNESCO-educacion-consejos-juvenil-elabora.html>
28. Prosalud. Infecciones de transmisión sexual; 2009. Disponible en: <http://www.geocities.com/flagelos2/infecciones.htm>
29. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJLM, Shah KV. Tipificación del virus papiloma humano en lesiones preneoplásicas y carcinoma de cuello uterino en mujeres de la región de Chile; 2002. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872003001200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872003001200004&script=sci_arttext)



30. Castillo Gustavo. Qué es el virus del papiloma humano; 2007.  
Disponible en: <http://www.entornomedico.org/salud/saludyinfecciones/vph.html>
31. Instituto Nacional del Cáncer USA. Los virus del papiloma humano y el cáncer; 2008. Disponible en:  
<http://www.nci.nih.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV-spanish>
32. Center for Young Women's Health, Children's Hospital Boston. Papilomavirus Humano; 2006. Disponible en:  
<http://www.youngwomenshealth.org/sphpv.html>
33. Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas. Virus del papiloma humano; 2009. Disponible en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/hpv.html>
34. Malek RS, Goellner et al. The detection of human papillomavirus deoxyribonucleic acid in intraepithelial, in situ, verrucous and invasive carcinoma of the penis. J Urol 1995;154:1024-1029.  
Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062005000400006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062005000400006&script=sci_arttext)
35. Revista Hoy. Virus del papiloma humano ataca en silencio; 2008.  
Disponible en:  
<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/virus-del-papiloma-humano-ataca-e-silencio-299463-299463.htm>
36. Centros para el control y Prevención de enfermedades. Virus del Papiloma Humano, 2008. Disponible en:  
<http://www.geosalud.com/VPH/vphgeneralidades.htm>
37. Centro Médico Guerra Méndez. Virus del Papiloma Humano; 2008.  
Disponible en:<http://www.ginecolaser.com/vph.htm>



38. Cortes J.R., Arratia J., Martínez R., Gómez L. Condiloma Acuminado; 2007. Disponible en:  
<http://www.infodoctor.org/www/meshc17.htm?idos=14462>
39. Muñoz Retana Carlos. El virus del papiloma humano, Disponible en :  
<http://www.geosalud.com/VPH/epivph.htm>
40. Gómez Ricardo. Condilomatosis; 2009. Disponible en:  
<http://www.ginecoweb.com/0condilomatosis.html>
41. LatinSalud, Condiloma Acuminado; 2009. Disponible en:  
<http://www.latinsalud.com/articulos/00161.asp>
42. Concha Marcela. Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano; v.24, junio 2007. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182007000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182007000300006&script=sci_arttext)
43. Salas Antonio. SOCIEDAD CHILENA DE SEXOLOGÍA, CONDILOMAS ACUMINADOS VIRUS PAPILOMA HUMANO; 2009. Disponible en:  
<http://sexologiayurologia.bligoo.com/content/view/516971/CONDILOMAS-ACUMINADOS-VIRUS-PAPILOMA-HUMANO-VPH.html>
44. Centro para el control y prevención de enfermedades. Herpes Genital; 2009. Disponible en:  
<http://www.cdc.gov/std/Spanish/STDFact-Herpes-s.htm>
45. Guía Medica Familiar. Herpes Genital; 2009. Disponible en:  
<http://www.explored.com.ec/guia/fas824.htm>
46. Hernández Abdul. Infección por Herpes Simple Genital; vol.7, diciembre 2008. Disponible en:



- [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000400019&lng=en&nrm=i&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000400019&lng=en&nrm=i&tlng=es)
47. Bernstein H. Herpes Genital; 2009. Disponible en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000857.htm>
  48. Herpes. 2008. Disponible en:  
[http://www.gmhc.org/espanol/paginas/herp\\_esp.html](http://www.gmhc.org/espanol/paginas/herp_esp.html)
  49. Nacersano, Herpes Genital; 2008. Disponible en:  
[http://www.nacersano.org/centro/9388\\_9920.asp](http://www.nacersano.org/centro/9388_9920.asp)
  50. Young Women's Health. Herpes; 2009. Disponible en:  
<http://www.youngwomenshealth.org/spherpes.html>
  51. FISTERRA. Herpes genital; 2009. Disponible en:  
<http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/herpesGenital.asp>
  52. TUOTROMEDICO. Herpes Genital; 2009. Disponible en:  
[http://www.tuotromedico.com/temas/herpes\\_genital.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/herpes_genital.htm)
  53. Medicina y prevención. Herpes Genital; 2009. Disponible en:  
<http://www.medicinayprevencion.com/herpes/herpes-genital.htm>
  54. ASHA, American social health association. Herpes; 2009. Disponible en:  
<http://www.quierosaber.org/herpes.html>
  55. FamilyDoctor. Herpes Genital; 2007. Disponible en:  
<http://familydoctor.org/online/famdoces/home/common/sexinfections/sti/891.html>
  56. Masud Yuñes JL. Diagnóstico serológico de sífilis; 2001. Disponible en:

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032529572004000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032529572004000300005&script=sci_arttext)

57. Youngwomenshealth. Sífilis; 2009. Disponible en:  
<http://www.youngwomenshealth.org/spsyphilis.html>
58. Sánchez Diego. El libro de la Sexualidad Hoy. Infecciones de Transmisión Sexual. Libro 6, fascículo 18; 2000.  
Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/libro6/fasc18/enfer09.htm>
59. Centro para el control y prevención de enfermedades. Sífilis; 2009.  
Disponible en:  
<http://www.cdc.gov/STD/spanish/STDFact-Syphilis-s.htm>
60. Ausiello D. Sífilis; 2009. Disponible en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001327.htm>
61. Disease Control, VIH y SIDA; 2006. Disponible en:  
<http://www.dcp2.org/file/72/DCPP-HIVandAIDS-Spanish.pdf>
62. ONUSIDA. Lactancia materna y VIH; 2006. Disponible en:  
<http://www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact2006>
63. OPS. ¿Qué es el SIDA?; 2005.  
<http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sida.pdf>
64. PARASABER. Formas de transmisión sexual del VIH; 2008. Disponible en: <http://www.parasaber.com/salud/sexualidad/salud-sexual/articulo/sexualidad-sida-vias-transmision-vih-comportamientos-riesgo-formas-sexual/15947/>
65. Stop Sida, El Sida; 2008. Disponible en:  
[http://www.stopsida.org/\\_esp/\\_vihsida\\_cas/vihsidacas.htm](http://www.stopsida.org/_esp/_vihsida_cas/vihsidacas.htm)



66. Averting HIV and Sida. Síntomas del VIH; 2009. Disponible en:  
<http://www.avert.org/sintomas-vih.htm>
67. Health System. VIH y sida, 2008. Disponible en:  
[http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult\\_travel\\_sp/aids.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_travel_sp/aids.cfm)
68. Cadmall Jill. ITS-Sida; 2003. Disponible en:  
[http://www.thewellproject.org/es\\_US/HIV\\_The\\_Basics/What\\_is\\_HIV.jsp](http://www.thewellproject.org/es_US/HIV_The_Basics/What_is_HIV.jsp)
69. UNAIDS, Vivir positivamente Tratamiento del VIH y sida; 2009. Disponible en:  
[http://unworkplace.unaids.org/espanol/pages/living\\_positively/treatment-2.shtml](http://unworkplace.unaids.org/espanol/pages/living_positively/treatment-2.shtml)
70. Enfermedades y afecciones; 2008. Disponible en:  
<http://www.overlakehospital.staywellknowledgebase.com/spanish/diseaseandconditions/3,85088>
71. Centros para el control y diseminación de enfermedades. Gonorrea; 2009. Disponible en: <http://www.cdc.gov/STD/spanish/STDFact-gonorrhea-s.htm>
72. Centros para el control y diseminación de enfermedades. Gonorrea, 2009. Disponible en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/gonorrhea.html>
73. Center for young women health. Gonorrea; 2009. Disponible en:  
<http://www.youngwomenshealth.org/spgonorrhea.html>
74. TUOTROMEDICO. Gonorrea en el hombre; 2009. Disponible en:  
[http://www.tuotromedico.com/temas/gonorrhea\\_hombre.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/gonorrhea_hombre.htm)
75. Thompson Luis. Tratamiento de la gonorrea en adolescentes y adultos; 2009. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v17n2/art12.pdf>



76. PROSALUD. Tricomoniasis; 2009. Disponible en:  
[http://www.prosaludchile.org/es\\_tricomoniasis.php](http://www.prosaludchile.org/es_tricomoniasis.php)
77. Forna F, Gülmezoglu AM. Intervenciones para el tratamiento de la tricomoniasis en mujeres; noviembre 2002. Disponible en:  
<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lang=es&lib=BCP>
78. LATINSALUD. Enfermedades infectocontagiosas; 2009. Disponible en:  
<http://www.latinsalud.com/articulos/00699.asp>
79. Carrada Teodoro. Tricomoniasis vaginal; 2006. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2006/pt063e.pdf>
80. ELMUNDOES. Tricomona el gigante microscópico; 2007. Disponible en:  
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/01/11/biociencia/1168532740.html>
81. Jatin Vyas. Tricomoniasis; 2009. Disponible en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001331.htm>
82. Kelly. Robert B. Chlamydia, 2009. Disponible en:  
<http://familydoctor.org/online/famdoces/home/common/sexinfections/sti/204.html>
83. Nick. D. Infección por clamidias; 2009. Disponible en:  
<http://www.vistamedica.com/main/ginecologia/infeccion-por-clamidias.html>
84. Gil. Francisco. La Clamidia vuelve en septiembre; Septiembre 2008. Disponible en:  
<http://images.google.com/ec/imgres?imgurl=http://www.cienciaysociedad.info/salud/wpcontent/uploads/2008/09/clamidia1.jpg&imgrefurl=http://www.cienciaysociedad.info/salud/la-clamidia-vuelveenseptiembre/&usq>



85. Nick. D. Clamidirosis; 2009. Disponible en:  
<http://www.saludplena.com/index.php/clamidirosis>
86. Smith Scott. Clamidia; 2009. Disponible en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001345.htm>
87. Stamm W. E. Centros para el control y diseminación de enfermedades Clamidia; 2009. Disponible en:  
<http://www.cdc.gov/std/spanish/STDFact-Chlamydia-s.htm>
88. Lentnek Arnold L. Centro de enfermedades de transmisión sexual; 2007. Disponible en: <http://www.clinicadam.com/salud/5/001345.html>
89. Bethesda, MD. Infecciones por Clamidia en mujeres; 2008. Disponible en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000660.html>
90. EBSCO. Clamidia; 2009. Disponible en:  
<http://www.upmc.com/healthatoz/pages/HealthLibrary.aspx?chunkid=103760>
91. Añazco Omar. Sida la enfermedad del siglo XX, contagio, prevención y recomendaciones; 2003. Disponible en:  
<http://www.portalplanetasedna.com.ar/sida.htm>
92. Center for young women health. Clamidia; 2009. Disponible en: <http://www.youngwomenshealth.org/spchlamydia.html>
93. Goldfried M.R. Raíces y bases filosóficas del conductismo; 2000. Disponible en:  
<http://www.clinicapsi.com/conductismo.html>
94. González Arnaldo. El aprendizaje significativo; 2005. Disponible en:  
<http://www.rieoei.org/deloslectores/1101Gonzalez.pdf>



95. Pérez M.Paz. Técnicas de estudio; 2009. Disponible en:  
<http://www.psicopedagogia.com/definicion/teoria%20del%20aprendizaje%20de%20vigotsky>
96. Kendra, Cherry. Cuáles son las principales perspectivas en Psicología Social?; 2009. Disponible en:  
[http://members.tripod.com/psico1\\_deshumano/conductismo.html](http://members.tripod.com/psico1_deshumano/conductismo.html)
97. Bandura Albert. Teoría social cognitiva; 2007. Disponible en:  
<http://bandurarrhh.blogspot.com/2007/10/del-conductismoalcognicitivismo.html>
98. Olaz Fabián. Laboratorio de evaluación psicológica y educativa, Universidad Nacional de Córdoba (argentina). Autoeficacia, diferencias de género y comportamiento vocacional. volumen: 6 .2007  
Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/aolazf5731104103/texto.html>
99. Boeree C. George. Bandura. Teorías de la personalidad; 2002, Disponible en:  
<http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/bandura.htm>
100. Castilla Adolfo. Habilidades directivas;2008. Disponible en:  
[http://www.tendencias21.net/Un-nuevo-concepto,-la-autoeficacia,-ayuda-a-superar-l os-errores\\_a2326.html](http://www.tendencias21.net/Un-nuevo-concepto,-la-autoeficacia,-ayuda-a-superar-l os-errores_a2326.html)
101. Freire S Eulalia. Evaluación y modificación de los conocimientos actitudes y prácticas de los conscriptos de los cuarteles Dávalos y Portete, frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) Y VIH/SIDA.
102. Castilla Adolfo. Habilidades directivas, 2008. Disponible en:  
[http://www.tendencias21.net/Un-nuevo-concepto,-la-autoeficacia,-ayuda-a-superar-l os-errores\\_a2326.html](http://www.tendencias21.net/Un-nuevo-concepto,-la-autoeficacia,-ayuda-a-superar-l os-errores_a2326.html)

103. Pérez M. Paz. Definición de teoría del aprendizaje de Vigotsky, 2009. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/definicion/teoria%20del%20aprendizaje%20de%20vigotsky>
104. Caldeiro Graciela. Teoría socio histórico de Ley Vigotsky; 2005. Disponible en: <http://educacion.idoneos.com/index.php/287950>
105. Freire P. Las siete miradas de Paulo Freire, Pedagogía del Oprimido; 2009. Disponible en: <http://baxtalo.wordpress.com/las-siete-miradas-de-paulo-freire/>
106. Contreras, Zaravia, et.al. SIDA: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco. Abril-agosto 97, Tomo V N10  
Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997\\_n10/sida.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997_n10/sida.htm)
107. Mosquera Janette, et.al. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/SIDA en mujeres en edad fértil (MEF) del área rural del municipio de León, Nicaragua, Julio 2005. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=20636&id\\_seccion=1609&id\\_ejemplar=2118&id\\_revista=108](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=20636&id_seccion=1609&id_ejemplar=2118&id_revista=108)
108. Echavarría, J, Conductas de riesgo en jóvenes que tienen contacto sexual con viajeros en la ciudad del Cuzco – Perú, 2002. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Medicina\\_Experimental/v19\\_n2/PDFs/conductas.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Medicina_Experimental/v19_n2/PDFs/conductas.pdf)

109. Toledo Vila Herio de Jesús, Los adolescentes y el SIDA; 2002. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S037507602002000200012&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S037507602002000200012&script=sci_arttext)
110. Navarro L. Edgar, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados Barranquilla, 2003. Disponible en: [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/19/2\\_Conocimientos\\_sobre\\_SIDA.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/19/2_Conocimientos_sobre_SIDA.pdf)
111. Barzaga, Norberto; et.al. : Conocimiento sobre algunos aspectos de la sexualidad en adolescentes. Habana cuba; 2008. Disponible en:<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1259/2/Conocimiento-sobre-algunos-aspectos-de-la-sexualidad-en-adolescentes>
112. Gascón Jiménez, JA; et.al : Conocimientos de los adolescentes sobre el sida y las enfermedades de transmisión sexual. Hospital Reina Sofía. España. Disponible en: [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7064&articuloid=13051019](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=13051019)
113. Meléndez, Ana, et. al. : Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre infecciones de transmisión sexual y Virus de Inmunodeficiencia Humana en mujeres en edad fértil del área rural del municipio de León, Nicaragua, Julio 2005. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/vigepi/html/boletin/2005/editorial33.html>
114. Molina, Olga; et.al. Encuesta de línea de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y VIH/sida en niños, niñas y adolescentes en Dajabón y Wanament. UNICEF. 2006  
Disponible en: [www.unicef.org](http://www.unicef.org)
115. Velásquez Aníbal. Efecto de un CD multimedia en los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA en adolescentes de colegios de Lima Metropolitana.





Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe. Sistema de Información Científica. Lima-Perú 2005. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=37966307#>

116. Morejón, Mayra: Proyecto de Intervención para potenciar el conocimiento de las Infecciones de transmisión sexual en los adolescentes. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. 2009. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos69/conocimiento-infecciones-transmision-sexual-adolescentes/conocimiento-infecciones-transmision-sexual-adolescentes2.shtml>
117. López Nahyr, Ing. Sist., MBE., Vera Lina María, M.D., Orozco Luis Carlos, M.D., Mag. Epi Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga.

## CAPÍTULO IX

## ANEXOS

## ANEXO I

## Operacionalización de las Variables.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Tiempo	Años cumplidos	Años
<b>Sexo</b>	Distinción orgánica que distingue una especie en dos tipos de individuos que desempeñan distinto papel de reproducción.	Hombre Mujer	Hombre Mujer	Hombre Mujer
<b>Procedencia</b>	Región geográfica (área de división política a la que pertenece una persona y su relación con centros poblados urbanos o rurales.	Región geográfica Centro poblado urbano o rural.	Provincia  Urbano Rural	Nominal  Si No
<b>Grado de instrucción</b>	Escolaridad aprobada dentro del sistema de educación formal.	Primaria Secundaria Superior	Primaria Secundaria Superior	Si No
<b>Conocimientos sobre las ITS y VIH/SIDA</b>	Conjunto de información adquirida en relación a ITS/SIDA.	Conjunto de información adquirida.	Encuesta CAP	Si No
<b>Actitud sobre ITS y VIH/SIDA</b>	Intenciones frente a una situación probable.	Intenciones	Encuesta CAP y escala de autoeficacia SEA 26 Indicador: Actitudes correctas frente a ITS/SIDA	Si NO Escala de Autoeficacia A.B.C.
<b>Prácticas sobre ITS y VIH/SIDA</b>	Comportamiento tomado frente a una situación específica.	Comportamiento	Encuesta CAP SEA 26. A,B,C	1. Si 2. No Escala de autoeficacia



## ANEXO II

## Formulario No 1

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**  
**EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS**  
**ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD**  
**DE ARTES, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**  
**Y VIH/SIDA**  
**Cuenca, 2009**

Estamos entrevistando en la ciudad de Cuenca para averiguar sobre las infecciones de transmisión sexual. Les pedimos que conteste a las preguntas con toda sinceridad.

Confidencialidad: Las preguntas son completamente confidenciales, su honestidad en contestar estas preguntas nos ayudará a comprender sobre lo que las personas conocen, piensan y los diferentes tipos de comportamientos.

## SECCIÓN I

**01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO**

Fecha: día  mes  año

**FUENTE-ESCUELA:**

Lic. Ciencias Humanas Mención Gestión. Desarrollo Cultural ☐

Ciclo Común Filosofía ☐

Ciencias de la Educación ☐

Lengua, literatura y Lenguajes Audio Visuales ☐

Cultura Física ☐

Artes ☐

Lengua y Literatura Inglesa ☐

Lic Educación General Básica ☐

Matemáticas y Física ☐

Psicología Educativa ☐

Derecho ☐

	<b>Preintervención</b> <input type="checkbox"/>	<b>Posintervención</b> <input type="checkbox"/>
<b>RESULTADO</b>		
<b>Número</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Categorías de codificación</b>
<b>SECCIÓN II</b>		
P01	¿En que día, mes y en que año nació?	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
P02	¿Cuántos años tiene?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
P03	Genero	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>

P04	Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>
P05	Religión	Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> T. de Jehová <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
P06	Residencia	Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
<b>SECCIÓN III</b>		
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	Condiloma      1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Herpes      1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sífilis      1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA      1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Gonorrea      1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tricomoniasis      1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis      1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras      1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Señale cuales----- -----
P08	¿Usted sabe cómo se transmiten estas infecciones?	Contacto sexual Sin penetración      1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>  Contacto sexual con penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>  Por una transfusión de sangre      1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>  De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia      1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>  A través del beso o el sudor      1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>  Otro      1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>

P09	¿Usted sabe cómo se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	Dolor el vientre bajo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Secreción por los genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Verrugas en genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Manchas en la piel 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Inflamación de Los ganglios 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P10	¿Son curables estas infecciones?	Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Blenorragia o Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Trichomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P11	Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A donde le recomendaría acudir para recibir atención?	A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A otro amigo o (a) para que le sugiera tratamiento 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Conversar con sus padres 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Cuales_____
P12	Si un amigo o (a) tuviera una ITS; ¿Cuál sería su actitud?	Me alejaría de el o ella 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le ayudaría a curarse 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le diría que aprendió a hacer el amor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Que es propio de la edad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le sugeriría visitar a su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>

P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigos para no infectarse con una ITS?	<p>Tener conocimientos sobre las infecciones 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>No tener relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Fidelidad a su pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Escoger bien la pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Tener relaciones sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	<p>Protegerse con el uso del condón 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Visitar al médico buscando orientación 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>No tener relaciones sexuales con desconocidos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P15	¿Ha tenido relaciones sexuales?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P16	¿A qué edad inició su vida sexual?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años

P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> Personas
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con:	Personas del mismo sexo    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas del sexo contrario    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas de ambos sexos    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P19	¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	Sexo oral    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sexo anal    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Coito genital    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P20	¿Ha padecido de alguna ITS?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Mencione cual o cuales _____
P21	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>

P22	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P23	¿Utiliza condón en tus relaciones habituales con tu pareja?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	Disminuye la sensibilidad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>  No se utilizarlo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>  Me da pena negociarlo con mi pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>  Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>  Considero que mi pareja es estable 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



P25	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P26	¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>

## SECCIÓN V I: ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 26 ELEMENTOS, SEA-26

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a encerrar en un círculo según el grado de seguridad que creas tener

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
<b>A) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales?</b>					
<b>1. Alguien conocido hace 30 días o menos</b>	1	1	1	1	1
<b>2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti</b>	2	2	2	2	2
<b>3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti</b>	3	3	3	3	3
<b>4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?</b>	4	4	4	4	4
<b>5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?</b>	5	5	5	5	5
<b>6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales</b>	6	6	6	6	6
<b>7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti</b>	7	7	7	7	7
<b>8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales</b>	8	8	8	8	8
<b>9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol</b>	9	9	9	9	9
<b>10. Alguien con quien has estado utilizando drogas</b>	10	10	10	10	10
<b>11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto</b>	11	11	11	11	11

	<b>Nada seguro</b>	<b>Algo seguro</b>	<b>Medio seguro</b>	<b>Muy seguro</b>	<b>Totalmente seguro</b>
<b>B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de</b>					
<b>1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?</b>	1	1	1	1	1
<b>2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a</b>	2	2	2	2	2
<b>3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?</b>	3	3	3	3	3
<b>4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?</b>	4	4	4	4	4

	<b>Nada seguro</b>	<b>Algo seguro</b>	<b>Medio seguro</b>	<b>Muy seguro</b>	<b>Totalmente seguro</b>
<b>C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de</b>					
<b>1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?</b>	1	1	1	1	1
<b>2. Usar correctamente el condón</b>	2	2	2	2	2
<b>3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?</b>	3	3	3	3	3
<b>4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?</b>	4	4	4	4	4
<b>5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?</b>	5	5	5	5	5
<b>6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?</b>	6	6	6	6	6
<b>7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?</b>	7	7	7	7	7
<b>8. Acudir a la tienda a comprar condones?</b>	8	8	8	8	8
<b>9. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?</b>	9	9	9	9	9
<b>10. Platicar con tu papá sobre temas sexuales</b>	10	10	10	10	10
<b>11. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales</b>	11	11	11	11	11

**Clave de calificación:**

**Conocimientos**

Pregunta 07.- puntuación final para la pregunta entre 11 y 10

Conocimiento de las ITSs

Si reconoce:

Sífilis: 2 puntos

Gonorrea: 2 puntos

SIDA: 2 puntos

Condiloma: 1 punto

Trichomona: 1 punto

Clamidia: 1 punto

Herpes: 1 punto

Otras relacionadas: 1 punto

Pregunta 08.- Puntuación final 12 y -2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITSs

Si reconoce:

Contacto con penetración: 3 puntos

Materna: 3 puntos

Transfusión: 3 puntos

Otra con relación: 1 punto

Si reconoce:

Beso, sudor: -2 puntos

Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

Pregunta 09.- Puntuación final 10 y -2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

Si reconoce:

Secreción: 2 puntos

Dolor: 2 puntos

Verrugas: 2 puntos

Inflamación: 1 punto

Manchas: 1 punto

Otras relacionadas: 2 puntos

Otras no relacionadas: -2 puntos

Pregunta 10.- Puntuación final entre 10 y -3

Conocimiento sobre curación de las ITS

Si reconoce:

Sífilis: 3 puntos

Trichomona: 2 puntos

Blenorragia: 3 puntos

Clamidia: 2 puntos

SIDA: -2 puntos

Condiloma: -1 punto

**Actitudes**

Pregunta 11.- Puntuación final entre 10 y menos 3

Recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS

Si reconoce:

Médico Familia: 3 puntos

Hospital: 3 puntos

Conversar padres: 3 puntos

Otros relacionados: 1 punto

Si reconoce:

Farmacia: -1 punto

Otro amigo: -1 punto

Otros no relacionados: -1 punto

Pregunta 12.- Puntuación final por pregunta de 10 y menos 6

Actitud ante un amigo con una ITS

Si reconoce:

Acudir a médico de familia: 6 puntos

Ayudar a curarse: 4 puntos

Aleja: -2 puntos

Aprender a hacer el amor: -2 puntos

Propio de la edad: -2 puntos

Pregunta 13.- Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigos para no infectarse con una ITS

Si reconoce:

Uso del condón: 3 puntos

Fidelidad a la pareja: 3 puntos

Contacto sin penetración: 2 puntos

Conocimiento: 1 punto

Escoger bien: 1 punto

No relación: -1 punto

Pregunta 14.- Puntuación final entre 10 y cero

Recomendaciones a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos

Si reconoce:

Protegerse condón: 3 puntos

No relación con desconocidos: 3 puntos

Lavarse genitales: 2 puntos

Visitar al médico: 2 puntos

## **Prácticas**

Pregunta 15

No se evalúa.

Pregunta 16

No se evalúa

Pregunta 17.- Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

1 persona: 4 puntos

2 personas: 6 puntos

Más de 2 personas: 10 puntos



Pregunta 18.- Puntuación final entre 10 puntos y 4

Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

Personas del sexo contrario: 4 puntos

Personas de ambos sexos: 6 puntos

Personas del mismo sexo: 10 puntos

Pregunta 19.- Puntuación final entre 10 y uno

Tipo de práctica sexual

Anal: 5 puntos

Genital: 4 puntos

Sexo oral: 1 puntos

Pregunta 20.- Puntuación final entre 10 y cero puntos

Padecimiento de ITS

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 21.- Puntuación final entre 10 y cero

Conversar con la pareja sobre ITS

Si: 0 puntos

No: 10 puntos

Pregunta 22.- Puntuación final entre 10 y cero

Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 23.- puntuación final entre 8 y 4 puntos

Uso del preservativo

Si siempre: 4 puntos

Si ocasionalmente: 6 puntos

Si nunca: 8 puntos



Pregunta 25.

Relaciones sexuales con desconocidos

No: 0 puntos puntuación final entre 10 puntos y cero puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 26.- Puntuación final entre 10 y 4 puntos

Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos

Siempre: 4 puntos

Ocasionalmente: 6 puntos

Nunca: 10 puntos

### **ANEXO III**

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN**

#### **EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ARTES DE LA UNIVESIDAD DE CUENCA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA**

Cuenca, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, del 2009.

COMPAÑERO/A:

Nos proponemos realizar una investigación sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, la misma que consiste en la aplicación de encuestas validadas. Dichas encuestas serán aplicadas al inicio y al final del estudio. También se realizará intervenciones donde se impartirá conocimientos sobre las Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Dicha investigación es importante, debido a que siendo los jóvenes el grupo más vulnerable para contraer ITS y VIH/SIDA, se debe conocer lo que saben sobre estas infecciones, para así poder prevenirlas y proteger a la comunidad en general. Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental ni tiene costo alguno, ni gratificación económica para los sujetos investigados y nos servirá para continuar con posteriores investigaciones.

Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente.

La información es estrictamente confidencial y será conocida únicamente por los investigadores.

Una vez concluida la investigación, los resultados serán socializados para conocimiento institucional y para los implicados en el estudio.

Por medio de la presente acepto participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:



Asistir a las conferencias y reuniones.

Además contestaré dos cuestionarios de preguntas.

Declaro que se me ha informado sobre beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- Conocer qué saben los jóvenes sobre las infecciones de transmisión sexual
- Mejorar las estrategias educativas en prevención de las infecciones de transmisión sexual
- Facilitarme los conocimientos.

---

Nombre y firma del  
entrevistado.

---

Nombre y firma  
de los investigadores.

## ANEXO IV

### HISTORIAS NARRADAS

#### **Actividad 1: *Errores que se cometen.***

##### Objetivo

Detectar las conductas inadecuadas que se dan durante las relaciones sexuales en una historia supuesta.

##### Método

Análisis de una historia en grupo de 10 personas, durante quince minutos, se describen las conductas inadecuadas que realizan los protagonistas de la historia para, posteriormente, hacer una puesta en común.

##### Procedimiento

Un portavoz de cada grupo narra la historia:

Juan, Pedro y María, acuden a la cruz roja, a donar sangre. Al cabo de unos días, María recibe una llamada, para comunicarle que tiene en la sangre una infección de transmisión sexual y le recomiendan que acuda a su centro de salud para estudio. Una vez en la consulta, el médico le pregunta si ha notado alguna molestia en sus genitales, y si ha tenido alguna relación sexual en la que no ha usado el preservativo. Es entonces, cuando María recuerda que hace unos meses mantuvo una relación sexual con un antiguo novio sin preservativo, que coincidió con ella en una fiesta de la universidad, y un mes más tarde notó que tenía una pequeña herida en los labios mayores, a la que no le dio importancia porque no le dolía y desapareció sola. Posteriormente, ha iniciado una relación estable y como protección usa píldoras anticonceptivas.

El médico, le confirma que tiene una infección de transmisión sexual y le pone el tratamiento. Le recomienda que le diga a su novio y a su amigo, que acudan a su médico, para examinarlos a ellos también.

María, no le comenta nada ni a su novio, ni a su amigo, y ella tampoco acude al control de curación.

Las conductas inadecuadas serían: tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo, no dar importancia a una herida en genitales, iniciar una relación después de una práctica de riesgo y no utilizar preservativo, utilizar las píldoras anticonceptivas como un método de protección, no comunicar a su novio y a su amigo que acudan a su médico y no ir ella al control de curación.

## **Actividad 2: Mi responsabilidad, tu responsabilidad, nuestra responsabilidad.**

### **Objetivo**

Atribuir responsabilidades a cada uno de los protagonistas de la historia.

### **Método**

Análisis de la historia.

### **Procedimiento:**

Un portavoz del grupo narra la historia para posteriormente, en una escala del 1 al 3, valorar el grado de responsabilidad que ha tenido cada uno de sus protagonistas.

Carolina y Javi estaban enamorados. Nunca habían tenido relaciones sexuales completas entre ellos ni con ninguna otra persona. Se divertían mucho juntos y se lo estaban tomando con calma. En verano, Carolina decidió irse a trabajar a otra ciudad. Planearon escribirse, hablar por teléfono y continuar con su relación Carolina conoció a Dani, un chico atractivo y con mucha experiencia que consideraba que el sexo, en una relación, es prioritario. Carolina no lo tenía muy claro pero al final tuvieron relaciones con penetración. A pesar de su insistencia en que utilizaran preservativos, la mayoría de las veces Dani no los tenía a mano. Su historia duró todo el verano. Pero cuando estaban terminando las vacaciones Dani le dijo que era el final. Tenía otros planes de vuelta al colegio.

Carolina volvió a casa confusa, se sentía culpable e incapaz de contar a Javi su veraniega historia. Pasados unos días Dani la llamó para decirle que tenía verrugas en el pene y que era importante que visitara a su médico. Se asustó mucho y espero unas semanas, durante las cuales se

exploraba obsesivamente. No ocurrió nada y pensó que afortunadamente no se había contagiado.

Mientras, había reiniciado su relación con Javi. Decidieron que era el momento de tener relaciones coitales. Carolina insistió mucho en que debían utilizar preservativo, a lo que Javi se negó, argumentando que los preservativos eran para gente con múltiples relaciones y que ese no era su caso. Además Carolina utilizaba anticonceptivos orales por trastornos de la regla, así que estaba garantizado que no se quedaría embarazada.

Intentó hablar con su madre. Le dijo que una compañera suya podría tener una infección de transmisión sexual. Su madre, antes de que terminara, ya estaba descalificando a su compañera sugiriendo que eso le ocurría por tener relaciones con uno y con otro. Carolina no insistió.

Lo comentó con dos de sus mejores amigas pero a pesar de querer ayudarla desconocían cómo.

Esperó a que su profesor abordara el tema en unas clases programadas para tratar sobre infecciones de transmisión sexual, pero no parecía muy cómodo hablando de sexo y era de la opinión de que esos temas debían tratarse en casa, ya que si los exponía él podría tener problemas y se le podría achacar que inducía a sus alumnos a tener relaciones sexuales.

Grado de responsabilidad:

1 ninguna responsabilidad

2 algo de responsabilidad

3 mucha responsabilidad

Carolina-----	1	2	3
Dani-----	1	2	3
Javi-----	1	2	3
Madre-----	1	2	3
Amigas-----	1	2	3
Profesor-----	1	2	3